

Lista de medicamentos con receta de 4 niveles de Cigna Healthcare Plus Texas para 2025

Esta Lista de medicamentos es válida para los planes vendidos en 2024 en Texas, vigentes a partir del 1 de enero de 2025.

Esta portada es únicamente para los corredores.
Deséchela si entregará la Lista a los clientes.

Tengan en cuenta que: Los medicamentos cubiertos por el plan médico individual y familiar (IFP, por sus siglas en inglés) pueden ser diferentes de los cubiertos por planes colectivos. Para ver una lista completa de los medicamentos, consulte la Lista de medicamentos específica de IFP disponible en Cigna.com/ifp-drug-list.



Lista de medicamentos con receta de 4 niveles de Cigna Healthcare Plus Texas para 2025

Cobertura a partir del 1 de enero de 2025



¿Qué encontrará adentro?	Página
Acerca de esta Lista de medicamentos	3
Cómo leer esta Lista de medicamentos	3
Cómo encontrar su medicamento	5
Lista de medicamentos	6
Preguntas frecuentes	76
Exclusiones y limitaciones: Lo que esta Póliza no cubre	80

Consulte su Lista de medicamentos en línea

- **Cigna.com/ifp-drug-list.** Seleccione **Texas** del menú desplegable y elija su método de búsqueda. Después escriba el nombre de su medicamento o vea la Lista completa.
- **Aplicación myCigna® o myCigna.com®.** A partir del 1 de enero de 2025, inicie sesión en su cuenta y use la herramienta *Price a Medication* (Conozca los precios de los medicamentos).

¿Tiene preguntas?

Llame al **866.494.2111** o al número gratuito que aparece en su tarjeta de ID de Cigna HealthcareSM. Estamos para servirle a toda hora, los 365 días del año.

Si necesita asistencia con el idioma o tiene una discapacidad, llámenos al **800.244.6224** **(para servicios de TTY, marque el 711)**. Hay recursos disponibles para satisfacer sus necesidades especiales sin costo para usted.

Acerca de esta Lista de medicamentos

Esta es una lista de los medicamentos con receta cubiertos por la Lista de medicamentos con receta de 4 niveles de Cigna Healthcare Plus Texas, que entrará en vigor el 1 de enero de 2025. Todos estos medicamentos están aprobados por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA, por sus siglas en inglés) de los Estados Unidos. Los medicamentos están ordenados alfabéticamente (según el inglés). **Si no encuentra un medicamento específico en esta Lista, inicie sesión en la aplicación myCigna o en myCigna.com para ver todos los medicamentos que cubre su plan.**

Cómo leer esta Lista de medicamentos

Use la tabla incluida abajo para entender cómo están cubiertos los medicamentos.*

Nombre del medicamento	Nivel	Notas
ACETAMINOPHEN-CODEINE #4 TABLET	1	PA
ACETAZOLAMIDE 125 MG TABLET	1	
ACETAZOLAMIDE 250 MG TABLET	1	
ACETAZOLAMIDE ER 500 MG CAPSULE	1	
ACETIC ACID 0.25% IRRIGATION SOLUTION	1	
ACETIC ACID 2% EAR SOLUTION	1	
ACETYLCYSTEINE 10% VIAL	1	
ACETYLCYSTEINE 20% VIAL	1	
ACITRETIN 10 MG CAPSULE	3	
ACITRETIN 17.5 MG CAPSULE	3	
ACITRETIN 25 MG CAPSULE	3	
ACTEMRA 162 MG/0.9 ML SYRINGE	4	PA, QL, SRX
ACTEMRA ACTPEN	4	PA, QL, SRX
ACTHIB VACCINE VIAL	2	
ACTHIB VACCINE WITH DILUENT	2	
ACTIMMUNE 100 MCG/0.5 ML VIAL	4	PA, LDD, SRX
ACYCLOVIR 200 MG CAPSULE	1	
ACYCLOVIR 200 MG/5 ML SUSPENSION	1	
ACYCLOVIR 400 MG TABLET	1	
ACYCLOVIR 800 MG TABLET	1	
ADACEL TDAP SYRINGE	2	
ADACEL TDAP VIAL	2	
ADALIMUMAB-ADAZ	4	PA, QL, SRX
ADALIMUMAB-ADBM	4	PA, QL, SRX
ADALIMUMAB-RYVK	4	PA, QL, SRX
ADAPALENE 0.1% CREAM	1	PA, AGE
ADAPALENE 0.1% GEL	1	PA, AGE
ADAPALENE 0.1% SOLUTION	1	PA, AGE
ADAPALENE 0.3% GEL	1	PA, AGE
ADAPALENE 0.3% GEL PUMP	1	PA, AGE
ADEFOVIR DIPVOXIL 10 MG TAB	4	SRX

Los medicamentos están ordenados **alfabéticamente** según el inglés

El **Nivel** (nivel de costo compartido) le da una idea de cuánto puede llegar a pagar por un medicamento

Los medicamentos que tienen requisitos de cobertura adicionales tienen una **abreviatura** en la columna Notas

Los **medicamentos de especialidad** tienen SRX escrito junto al nombre en la columna Notas

* Esta tabla es simplemente un ejemplo. Es posible que no muestre la forma en que la Lista de medicamentos con receta de 4 niveles de Cigna Plus Texas para 2025 realmente cubre estos medicamentos.

Niveles

Los medicamentos cubiertos se dividen en niveles, que representan niveles de costo compartido. Por lo general, cuanto más alto sea el nivel, mayor será el precio que deberá pagar para que le despachen la receta.

Nivel 1	Medicamentos genéricos. Este nivel generalmente incluye la mayoría de los medicamentos genéricos y algunos medicamentos de marca de bajo costo. Los medicamentos genéricos tienen la misma concentración y los mismos ingredientes activos que los medicamentos de marca, pero suelen costar mucho menos. Estos medicamentos están cubiertos con el costo compartido más bajo de su plan.	\$
Nivel 2	Medicamentos de marca preferida. Este nivel generalmente incluye medicamentos de marca preferida y algunos medicamentos genéricos de alto costo.	\$\$
Nivel 3	Medicamentos no preferidos. Este nivel generalmente incluye medicamentos de marca no preferida y algunos medicamentos genéricos de alto costo.	\$\$\$
Nivel 4	Medicamentos de especialidad y otros medicamentos de alto costo. Este nivel generalmente incluye medicamentos de especialidad y medicamentos genéricos y de marca de alto costo. Estos medicamentos están cubiertos con el costo compartido más alto de su plan.	\$\$\$\$

Letras (siglas) en la columna Notas

En esta Lista de medicamentos, algunos medicamentos tienen **letras (siglas)** junto al nombre en la columna Notas. Esto es lo que significan.

PA	Autorización previa: Este medicamento necesita la aprobación de Cigna Healthcare para que su plan lo cubra. El personal del consultorio de su médico deberá enviarnos información para analizar y asegurarnos de que usted cumpla con los requisitos de cobertura para obtener el medicamento.
QL	Límite a la cantidad: Su plan cubrirá solamente una determinada cantidad de este medicamento por vez. Si su médico quiere que le despachen más de la cantidad permitida, el personal del consultorio puede pedirle a Cigna Healthcare que apruebe una cantidad mayor.
ST	Tratamiento escalonado: Es un programa de autorización previa. Su plan no cubre este medicamento de alto costo hasta que usted primero haya probado al menos una opción de menor costo (por lo general un medicamento genérico o de marca preferida) y no le haya dado resultado. Si su médico considera que un medicamento diferente no es adecuado para usted, el personal del consultorio puede pedirle a Cigna Healthcare que evalúe la posibilidad de aprobar la cobertura de este medicamento.
AGE	Requisito de edad: Su plan solo cubrirá este medicamento si usted tiene una determinada edad o se encuentra dentro de un determinado rango de edad. Si usted no se encuentra dentro del rango de edad permitido y su médico quiere que tome este medicamento, el personal del consultorio puede pedirle a Cigna Healthcare que apruebe la cobertura.
SRX	Este es un medicamento de especialidad , que se usa para tratar una condición médica compleja. Su plan limita los medicamentos de especialidad a un suministro para 30 días.
LDD	Este es un medicamento de distribución limitada . Este tipo de medicamento solo está disponible en farmacias específicas de los Estados Unidos. Se usa para tratar condiciones que son muy difíciles de controlar, y requieren un manejo especial, asistencia al paciente y monitoreo.

Exclusiones del plan

Hay determinados medicamentos y productos que su plan no cubre en ningún caso: no existe la opción de pedirle a Cigna Healthcare que evalúe la posibilidad de aprobarlos a través del proceso de revisión de la cobertura. Estos medicamentos y productos se consideran una “exclusión del plan o del beneficio”. Por ejemplo, su plan no cubre medicamentos que no estén aprobados por la FDA. Inicie sesión en la **aplicación myCigna** o en **myCigna.com**, o consulte los materiales de su plan, para ver qué medicamentos están excluidos de su plan.

Cómo encontrar su medicamento

Use la tabla incluida abajo para encontrar la página en la que aparece su medicamento.

Letra* con la que empieza su medicamento	Página	Letra* con la que empieza su medicamento	Página
I	6	M	44-49
2	6	N	49-52
A	6-11	O	52-54
B	11-15	P	54-59
C	15-21	Q	59, 60
D	21-25	R	60, 61
E	25-30	S	61-65
F	30-33	T	65-70
G	33-35	U	70-72
H	25-37	V	72-74
I	37-39	W	74
J	39, 40	X	74
K	40	Y	74
L	40-44	Z	74, 75

* Algunos medicamentos empiezan con un número en lugar de una letra.

Lista de medicamentos con receta de 4 niveles de Cigna Plus Texas para 2025

Nombre del medicamento	Nivel	Notas
1ST TIER UNIFINE PENTIP 29G 1/2"	2	
1ST TIER UNIFINE PENTIP 31G 1/4"	2	
1ST TIER UNIFINE PENTIP 31G 3/16"	2	
1ST TIER UNIFINE PENTIP 31G 5/16"	2	
1ST TIER UNIFINE PENTIP 32G 5/32"	2	
1ST TIER UNIFINE PENTIP 4MM 32G	2	
1ST TIER UNIFINE PENTIP 5MM 31G	2	
1ST TIER UNIFINE PENTIP 6MM 31G	2	
1ST TIER UNIFINE PENTIP 8MM 31G	2	
1ST TIER UNIFINE PENTIP 12MM 29G	2	
2TEK CONTROL SOLUTION	2	
ABACAVIR 20 MG/ML ORAL SOLUTION	1	
ABACAVIR 300 MG TABLET	1	
ABACAVIR-LAMIVUDINE 600-300 MG TABLET	1	
ABACAVIR-LAMIVUDINE-ZIDOVUDINE TABLET	2	
ABIRATERONE 250 MG TABLET	4	PA, SRX
ABIRATERONE 500 MG TABLET	4	PA, SRX
ABOUTIME PEN NEEDLE 30G 8MM	2	
ABOUTIME PEN NEEDLE 31G 5MM	2	
ABOUTIME PEN NEEDLE 31G 8MM	2	
ABOUTIME PEN NEEDLE 32G 4MM	2	
ABRYSVO VIAL WITH DILUENT	2	
ACAMPROSATE DR 333 MG TABLET	2	
ACARBOSE 25 MG TABLET	1	
ACARBOSE 50 MG TABLET	1	
ACARBOSE 100 MG TABLET	1	
ACCU-CHEK AVIVA SOLUTION	2	
ACCU-CHEK GUIDE L1-L2 CONTROL SOLUTION	2	
ACCU-CHEK SMARTVIEW CONTROL SOLUTION	2	
ACCUTANE 10 MG CAPSULE	3	
ACCUTANE 20 MG CAPSULE	3	
ACCUTANE 30 MG CAPSULE	3	
ACCUTANE 40 MG CAPSULE	3	
ACCUTREND GLUCOSE CONTROL	2	
ACE AEROSOL CLOUD ENHANCER	2	QL
ACEBUTOLOL 200 MG CAPSULE	1	
ACEBUTOLOL 400 MG CAPSULE	1	
ACETAMINOPHEN-CAFFEINE-DIHYDROCODEINE 320.5-30 MG CAPSULE	1	PA
ACETAMINOPHEN-CODEINE 120-12 MG/5 ML ORAL SOLUTION	1	

Nombre del medicamento	Nivel	Notas
ACETAMINOPHEN-CODEINE 300-30 MG/12.5 ML ORAL SOLUTION	1	
ACETAMINOPHEN-CODEINE #2 TABLET	1	PA
ACETAMINOPHEN-CODEINE #3 TABLET	1	PA
ACETAMINOPHEN-CODEINE #4 TABLET	1	PA
ACETAZOLAMIDE 125 MG TABLET	1	
ACETAZOLAMIDE 250 MG TABLET	1	
ACETAZOLAMIDE ER 500 MG CAPSULE	1	
ACETIC ACID 0.25% EAR SOLUTION	1	
ACETIC ACID 2% EAR SOLUTION	1	
ACETYLCYSTEINE 10% VIAL	1	
ACETYLCYSTEINE 20% VIAL	1	
ACITRETIN 10 MG CAPSULE	3	
ACITRETIN 17.5 MG CAPSULE	3	
ACITRETIN 25 MG CAPSULE	3	
ACTEMRA 162 MG/0.9 ML SYRINGE	4	PA, QL, LDD, SRX
ACTEMRA ACTPEN 162 MG/0.9 ML	4	PA, QL, LDD, SRX
ACTHIB VACCINE VIAL	2	
ACTHIB VACCINE WITH DILUENT	2	
ACTIMMUNE 100 MCG/0.5 ML VIAL	4	PA, LDD, SRX
ACYCLOVIR 200 MG CAPSULE	1	
ACYCLOVIR 200 MG/5 ML SUSPENSION	1	
ACYCLOVIR 400 MG TABLET	1	
ACYCLOVIR 800 MG TABLET	1	
ADACEL TDAP VIAL	2	
ADALIMUMAB-ADAZ(CF) 40 MG SYRINGE	4	PA, QL, SRX
ADALIMUMAB-ADAZ(CF) PEN 40 MG	4	PA, QL, SRX
ADALIMUMAB-ADBM(CF) 10 MG SYRINGE	4	PA, QL, SRX
ADALIMUMAB-ADBM(CF) 20 MG SYRINGE	4	PA, QL, SRX
ADALIMUMAB-ADBM(CF) 40 MG SYRINGE	4	PA, QL, SRX
ADALIMUMAB-ADBM(CF) PEN 40 MG	4	PA, QL, SRX
ADALIMUMAB-ADBM(CF) PEN CROHNS 40 MG	4	PA, QL, SRX
ADALIMUMAB-ADBM(CF) PEN PS-UV 40 MG	4	PA, QL, SRX
ADALIMUMAB-RYVK(CF) AI 40 MG AUTO-INJECTOR	4	PA, QL, SRX
ADALIMUMAB-RYVK(CF) 40 MG SYRINGE	4	PA, QL, SRX
ADAPALENE 0.1% CREAM	2	PA, AGE
ADAPALENE 0.3% GEL	2	PA, AGE
ADAPALENE 0.3% GEL PUMP	2	PA, AGE
ADAPALENE 0.1% TOPICAL SOLUTION	2	PA, AGE
ADEFOVIR 10 MG TABLET	4	SRX
ADEMPAS 0.5 MG TABLET	4	PA, LDD, SRX
ADEMPAS 1 MG TABLET	4	PA, LDD, SRX

Lista de medicamentos con receta de 4 niveles de Cigna Plus Texas para 2025

Nombre del medicamento	Nivel	Notas
ADEMPAS 1.5 MG TABLET	4	PA, LDD, SRX
ADEMPAS 2 MG TABLET	4	PA, LDD, SRX
ADEMPAS 2.5 MG TABLET	4	PA, LDD, SRX
ADVOCATE CONTROL SOLUTION HIGH	2	
ADVOCATE CONTROL SOLUTION LOW	2	
ADVOCATE INSULIN SYRINGE 0.3 ML 29G 1/2"	2	
ADVOCATE INSULIN SYRINGE 0.3 ML 30G 5/16"	2	
ADVOCATE INSULIN SYRINGE 0.3 ML 31G 5/16"	2	
ADVOCATE INSULIN SYRINGE 0.5 ML 29G 1/2"	2	
ADVOCATE INSULIN SYRINGE 0.5 ML 30G 5/16"	2	
ADVOCATE INSULIN SYRINGE 0.5 ML 31G 5/16"	2	
ADVOCATE INSULIN SYRINGE 1 ML 29G 1/2"	2	
ADVOCATE INSULIN SYRINGE 1 ML 30G 5/16"	2	
ADVOCATE INSULIN SYRINGE 1 ML 31G 5/16"	2	
ADVOCATE PEN NEEDLE 4MM 33G	2	
ADVOCATE PEN NEEDLE 5MM 31G	2	
ADVOCATE PEN NEEDLE 8MM 31G	2	
ADVOCATE PEN NEEDLE 12.7MM 29G	2	
ADVOCATE PEN NEEDLE 32G 4MM	2	
ADVOCATE REDI-CODE+ CONTROL SOLUTION	2	
AEROCHAMBER MINI	2	QL
AEROCHAMBER MV HOLD CHAMBER	2	QL
AEROCHAMBER PLUS FLOW-VU	2	QL
AEROCHAMBER PLUS FLOW-VU LARGE	2	QL
AEROCHAMBER PLUS FLOW-VU MEDIUM	2	QL
AEROCHAMBER PLUS FLOW-VU SMALL	2	QL
AEROCHAMBER Z-STAT PLUS LARGE	2	QL
AEROCHAMBER Z-STAT PLUS W-FLOW	2	QL
AEROCHAMBER Z-STAT PLUS-MEDIUM	2	QL
AEROCHAMBER Z-STAT PLUS-SMALL	2	QL
AEROGear ASTHMA ACTION KIT	2	
AEROTRACH HOLDING CHAMBER	2	QL
AEROVENT PLUS HOLDING CHAMBER	2	QL
AFIRMELLE-28 TABLET	1	
AFLURIA	2	
AFTER PILL 1.5 MG TABLET	1	
AFTERA 1.5 MG TABLET	1	
AGAMATRIX HIGH CONTROL SOLUTION	2	
AGAMATRIX NORM-HI CONTROL SOLUTION	2	
AIRZONE PEAK FLOW METER	2	
AK-POLY-BAC EYE OINTMENT	1	

Nombre del medicamento	Nivel	Notas
AKYNZEO 300-0.5 MG CAPSULE	4	PA, QL, SRX
ALBENDAZOLE 200 MG TABLET	3	PA
ALBUSTIX REAGENT TEST STRIP	2	
ALBUTEROL 0.63 MG/3 ML INHALATION SOLUTION	1	
ALBUTEROL 1.25 MG/3 ML INHALATION SOLUTION	1	
ALBUTEROL 2.5 MG/0.5 ML INHALATION SOLUTION	1	
ALBUTEROL 2.5 MG/3 ML INHALATION SOLUTION	1	
ALBUTEROL 5 MG/ML INHALATION SOLUTION	1	
ALBUTEROL 15 MG/3 ML INHALATION SOLUTION	1	
ALBUTEROL 25 MG/5 ML INHALATION SOLUTION	1	
ALBUTEROL 75 MG/15 ML INHALATION SOLUTION	1	
ALBUTEROL 100 MG/20 ML INHALATION SOLUTION	1	
ALBUTEROL 2 MG/5 ML SYRUP	1	
ALBUTEROL 2 MG TABLET	1	
ALBUTEROL 4 MG TABLET	1	
ALBUTEROL ER 4 MG TABLET	1	
ALBUTEROL ER 8 MG TABLET	1	
ALBUTEROL HFA 90 MCG INHALER	1	QL
ALCAINE 0.5% EYE DROPS	1	
ALCLOMETASONE 0.05% CREAM	1	
ALCLOMETASONE 0.05% OINTMENT	1	
ALCOHOL PREP PAD	2	
ALECENSA 150 MG CAPSULE	4	PA, QL, LDD, SRX
ALENDRONATE 70 MG/75 ML ORAL SOLUTION	1	
ALENDRONATE 5 MG TABLET	1	
ALENDRONATE 10 MG TABLET	1	
ALENDRONATE 35 MG TABLET	1	
ALENDRONATE 70 MG TABLET	1	
ALFUZOSIN ER 10 MG TABLET	1	
ALINIA 100 MG/5 ML SUSPENSION	3	
ALISKIREN 150 MG TABLET	3	QL
ALISKIREN 300 MG TABLET	3	QL
ALLOPURINOL 100 MG TABLET	1	
ALLOPURINOL 300 MG TABLET	1	
ALMOTRIPTAN 6.25 MG TABLET	2	QL
ALMOTRIPTAN 12.5 MG TABLET	2	QL
ALOCRIAL 2% EYE DROPS	3	
ALOMIDE 0.1% EYE DROPS	3	
ALOSETRON 0.5 MG TABLET	4	SRX
ALOSETRON 1 MG TABLET	4	SRX
ALPRAZOLAM 0.25 MG TABLET	1	

Lista de medicamentos con receta de 4 niveles de Cigna Plus Texas para 2025

Nombre del medicamento	Nivel	Notas
ALPRAZOLAM 0.5 MG TABLET	1	
ALPRAZOLAM 1 MG TABLET	1	
ALPRAZOLAM 2 MG TABLET	1	
ALPRAZOLAM INTENSOL 1 MG/ML ORAL CONCENTRATE	1	
ALPRAZOLAM ER 0.5 MG TABLET	1	
ALPRAZOLAM ER 1 MG TABLET	1	
ALPRAZOLAM ER 2 MG TABLET	1	
ALPRAZOLAM ER 3 MG TABLET	1	
ALPRAZOLAM ODT 0.25 MG TABLET	1	
ALPRAZOLAM ODT 0.5 MG TABLET	1	
ALPRAZOLAM ODT 1 MG TABLET	1	
ALPRAZOLAM ODT 2 MG TABLET	1	
ALPRAZOLAM XR 0.5 MG TABLET	1	
ALPRAZOLAM XR 1 MG TABLET	1	
ALPRAZOLAM XR 2 MG TABLET	1	
ALPRAZOLAM XR 3 MG TABLET	1	
ALTABAX 1% OINTMENT	3	
ALTACaine 0.5% EYE DROPS	1	
ALTAVERA-28 TABLET	1	
ALVESCO 80 MCG INHALER	2	
ALVESCO 160 MCG INHALER	2	
ALYACEN 1-35 28 TABLET	1	
ALYACEN 7-7-7-28 TABLET	1	
ALYQ 20 MG TABLET	4	PA, SRX
AMABELZ 0.5 MG-0.1 MG TABLET	1	
AMABELZ 1 MG-0.5 MG TABLET	1	
AMANTADINE 100 MG CAPSULE	1	
AMANTADINE 50 MG/5 ML ORAL SOLUTION	1	
AMANTADINE 100 MG/10 ML ORAL SOLUTION	1	
AMANTADINE 100 MG TABLET	1	
AMBRISANTAN 5 MG TABLET	4	PA, LDD, SRX
AMBRISANTAN 10 MG TABLET	4	PA, LDD, SRX
AMCINONIDE 0.1% CREAM	1	
AMCINONIDE 0.1% LOTION	1	
AMETHIA 0.15-0.03-0.01 MG TABLET	1	
AMETHIA LO TABLET	1	
AMETHYST 90-20 MCG TABLET	1	
AMILORIDE 5 MG TABLET	1	
AMILORIDE-HCTZ 5-50 MG TABLET	1	
AMINOCAPROIC ACID 0.25 GRAM/ML ORAL SOLUTION	4	PA, SRX

Nombre del medicamento	Nivel	Notas
AMINOCAPROIC ACID 500 MG TABLET	4	PA, SRX
AMINOCAPROIC ACID 1,000 MG TABLET	4	PA, SRX
AMIODARONE 100 MG TABLET	1	
AMIODARONE 200 MG TABLET	1	
AMIODARONE 400 MG TABLET	1	
AMITRIPTYLINE 10 MG TABLET	1	
AMITRIPTYLINE 25 MG TABLET	1	
AMITRIPTYLINE 50 MG TABLET	1	
AMITRIPTYLINE 75 MG TABLET	1	
AMITRIPTYLINE 100 MG TABLET	1	
AMITRIPTYLINE 150 MG TABLET	1	
AMLODIPINE 2.5 MG TABLET	1	
AMLODIPINE 5 MG TABLET	1	
AMLODIPINE 10 MG TABLET	1	
AMLODIPINE-ATORVASTATIN 2.5-10 MG TABLET	1	
AMLODIPINE-ATORVASTATIN 2.5-20 MG TABLET	1	
AMLODIPINE-ATORVASTATIN 2.5-40 MG TABLET	1	
AMLODIPINE-ATORVASTATIN 5-10 MG TABLET	1	
AMLODIPINE-ATORVASTATIN 5-20 MG TABLET	1	
AMLODIPINE-ATORVASTATIN 5-40 MG TABLET	1	
AMLODIPINE-ATORVASTATIN 5-80 MG TABLET	1	
AMLODIPINE-ATORVASTATIN 10-10 MG TABLET	1	
AMLODIPINE-ATORVASTATIN 10-20 MG TABLET	1	
AMLODIPINE-ATORVASTATIN 10-40 MG TABLET	1	
AMLODIPINE-ATORVASTATIN 10-80 MG TABLET	1	
AMLODIPINE-BENAZEPRIL 2.5-10 MG CAPSULE	1	
AMLODIPINE-BENAZEPRIL 5-10 MG CAPSULE	1	
AMLODIPINE-BENAZEPRIL 5-20 MG CAPSULE	1	
AMLODIPINE-BENAZEPRIL 5-40 MG CAPSULE	1	
AMLODIPINE-BENAZEPRIL 10-20 MG CAPSULE	1	
AMLODIPINE-BENAZEPRIL 10-40 MG CAPSULE	1	
AMLODIPINE-OLMESARTAN 5-20 MG TABLET	1	
AMLODIPINE-OLMESARTAN 5-40 MG TABLET	1	
AMLODIPINE-OLMESARTAN 10-20 MG TABLET	1	
AMLODIPINE-OLMESARTAN 10-40 MG TABLET	1	
AMLODIPINE-VALSARTAN 5-160 MG TABLET	1	
AMLODIPINE-VALSARTAN 5-320 MG TABLET	1	
AMLODIPINE-VALSARTAN 10-160 MG TABLET	1	
AMLODIPINE-VALSARTAN 10-320 MG TABLET	1	
AMLODIPINE-VALSARTAN-HCTZ 5-160-12.5 MG TABLET	2	

Lista de medicamentos con receta de 4 niveles de Cigna Plus Texas para 2025

Nombre del medicamento	Nivel	Notas
AMLODIPINE-VALSARTAN-HCTZ 5-160-25 MG TABLET	2	
AMLODIPINE-VALSARTAN-HCTZ 10-160-12.5MG TABLET	2	
AMLODIPINE-VALSARTAN-HCTZ 10-160-25 MG TABLET	2	
AMLODIPINE-VALSARTAN-HCTZ 10-320-25 MG TABLET	2	
AMMONIUM LACTATE 12% CREAM	1	
AMMONIUM LACTATE 12% LOTION	1	
AMNESTEEM 10 MG CAPSULE	3	
AMNESTEEM 20 MG CAPSULE	3	
AMNESTEEM 40 MG CAPSULE	3	
AMOXAPINE 25 MG TABLET	1	
AMOXAPINE 50 MG TABLET	1	
AMOXAPINE 100 MG TABLET	1	
AMOXAPINE 150 MG TABLET	1	
AMOXICILLIN 250 MG CAPSULE	1	
AMOXICILLIN 500 MG CAPSULE	1	
AMOXICILLIN 125 MG CHEWABLE TABLET	1	
AMOXICILLIN 250 MG CHEWABLE TABLET	1	
AMOXICILLIN 125 MG/5 ML SUSPENSION	1	
AMOXICILLIN 200 MG/5 ML SUSPENSION	1	
AMOXICILLIN 250 MG/5 ML SUSPENSION	1	
AMOXICILLIN 400 MG/5 ML SUSPENSION	1	
AMOXICILLIN 500 MG TABLET	1	
AMOXICILLIN 875 MG TABLET	1	
AMOXICILLIN-CLAVULANATE 200-28.5 MG CHEWABLE TABLET	1	
AMOXICILLIN-CLAVULANATE 400-57 MG CHEWABLE TABLET	1	
AMOXICILLIN-CLAVULANATE 200-28.5 MG/5 ML SUSPENSION	1	
AMOXICILLIN-CLAVULANATE 250-62.5 MG/5 ML SUSPENSION	1	
AMOXICILLIN-CLAVULANATE 400-57 MG/5 ML SUSPENSION	1	
AMOXICILLIN-CLAVULANATE 600-42.9 MG/5 ML SUSPENSION	1	
AMOXICILLIN-CLAVULANATE 250-125 MG TABLET	1	
AMOXICILLIN-CLAVULANATE 500-125 MG TABLET	1	
AMOXICILLIN-CLAVULANATE 875-125 MG TABLET	1	
AMOXICILLIN-CLAVULANATE ER 1,000-62.5 MG TABLET	1	

Nombre del medicamento	Nivel	Notas
AMPHETAMINE 5 MG TABLET	2	QL
AMPHETAMINE 10 MG TABLET	2	QL
AMPICILLIN 500 MG CAPSULE	1	
ANAGRELIDE 0.5 MG CAPSULE	3	
ANAGRELIDE 1 MG CAPSULE	3	
ANALPRAM HC 2.5%-1% LOTION	3	
ANASTROZOLE 1 MG TABLET	1	
ANORO ELLIPTA 62.5-25 MCG INHALER	2	QL
ANUCORT-HC 25 MG SUPPOSITORY	1	
ANZEMET 50 MG TABLET	4	PA, QL, SRX
APEXICON E 0.05% CREAM	3	
APIDRA 100 UNIT/ML VIAL	3	QL, ST
APIDRA SOLOSTAR 100 UNIT/ML	3	QL, ST
APRACLONIDINE 0.5% DROPS	1	
APREPITANT 40 MG CAPSULE	2	QL
APREPITANT 80 MG CAPSULE	2	QL
APREPITANT 125 MG CAPSULE	2	QL
APREPITANT 125-80-80 MG PACK	2	QL
APRI 28 DAY TABLET	1	
APTIOM 200 MG TABLET	3	PA, QL
APTIOM 400 MG TABLET	3	PA, QL
APTIOM 600 MG TABLET	3	PA, QL
APTIOM 800 MG TABLET	3	PA, QL
APTIVUS 250 MG CAPSULE	2	
AQ INSULIN SYRINGE 0.5 ML 30G 8MM	2	
AQ INSULIN SYRINGE 1 ML 29G 12MM	2	
AQ INSULIN SYRINGE 1 ML 31G 8MM	2	
AQINJECT PEN NEEDLE 31G 5MM	2	
AQINJECT PEN NEEDLE 32G 4MM	2	
AQUA CARE 0.9% NACL IRRIGATION	1	
AQUA CARE STERILE WATER IRRIGATION	1	
ARANELLE 28 TABLET	1	
ARANESP 10 MCG/0.4 ML SYRINGE	4	PA, SRX
ARANESP 25 MCG/0.42 ML SYRINGE	4	PA, SRX
ARANESP 40 MCG/0.4 ML SYRINGE	4	PA, SRX
ARANESP 60 MCG/0.3 ML SYRINGE	4	PA, SRX
ARANESP 100 MCG/0.5 ML SYRINGE	4	PA, SRX
ARANESP 150 MCG/0.3 ML SYRINGE	4	PA, SRX
ARANESP 200 MCG/0.4 ML SYRINGE	4	PA, SRX
ARANESP 300 MCG/0.6 ML SYRINGE	4	PA, SRX
ARANESP 500 MCG/1 ML SYRINGE	4	PA, SRX

Lista de medicamentos con receta de 4 niveles de Cigna Plus Texas para 2025

Nombre del medicamento	Nivel	Notas
ARANESP 25 MCG/ML VIAL	4	PA, SRX
ARANESP 40 MCG/ML VIAL	4	PA, SRX
ARANESP 60 MCG/ML VIAL	4	PA, SRX
ARANESP 100 MCG/ML VIAL	4	PA, SRX
ARANESP 200 MCG/ML VIAL	4	PA, SRX
ARCALYST 220 MG VIAL	4	PA, LDD, SRX
AREXVY VIAL KIT	2	
ARFORMOTEROL 15 MCG/2 ML INHALATION SOLUTION	3	QL
ARIPIRAZOLE 1 MG/ML ORAL SOLUTION	2	
ARIPIRAZOLE 2 MG TABLET	1	
ARIPIRAZOLE 5 MG TABLET	1	
ARIPIRAZOLE 10 MG TABLET	1	
ARIPIRAZOLE 15 MG TABLET	1	
ARIPIRAZOLE 20 MG TABLET	1	
ARIPIRAZOLE 30 MG TABLET	1	
ARIPIRAZOLE ODT 10 MG TABLET	3	
ARIPIRAZOLE ODT 15 MG TABLET	3	
ARMODAFINIL 50 MG TABLET	1	PA
ARMODAFINIL 150 MG TABLET	1	PA
ARMODAFINIL 200 MG TABLET	1	PA
ARMODAFINIL 250 MG TABLET	1	PA
ARMOUR THYROID 15 MG TABLET	2	
ARMOUR THYROID 30 MG TABLET	2	
ARMOUR THYROID 60 MG TABLET	2	
ARMOUR THYROID 90 MG TABLET	2	
ARMOUR THYROID 120 MG TABLET	2	
ARMOUR THYROID 180 MG TABLET	2	
ARMOUR THYROID 240 MG TABLET	2	
ARMOUR THYROID 300 MG TABLET	2	
ARNUITY ELLIPTA 50 MCG INHALER	2	
ARNUITY ELLIPTA 100 MCG INHALER	2	
ARNUITY ELLIPTA 200 MCG INHALER	2	
ASCOMP WITH CODEINE CAPSULE	1	PA
ASENAPINE 2.5 MG SUBLINGUAL TABLET	3	QL
ASENAPINE 5 MG SUBLINGUAL TABLET	3	QL
ASENAPINE 10 MG SUBLINGUAL TABLET	3	QL
ASHLYNA 0.15-0.03-0.01 MG TABLET	1	
ASMANEX HFA 50 MCG INHALER	3	QL, ST
ASMANEX HFA 100 MCG INHALER	3	QL, ST
ASMANEX HFA 200 MCG INHALER	3	QL, ST
ASMANEX TWISTHALER 110 MCG #30	3	QL, ST

Nombre del medicamento	Nivel	Notas
ASMANEX TWISTHALER 220 MCG #14	3	ST
ASMANEX TWISTHALER 220 MCG #30	3	QL, ST
ASMANEX TWISTHALER 220 MCG #60	3	QL, ST
ASMANEX TWISTHALER 220 MCG #120	3	QL, ST
ASPIRIN-BUTALBITAL-CAFFEINE-CODEINE #3 CAPSULE	1	PA
ASPIRIN-DIPYRIDAMOLE ER 25-200 MG CAPSULE	1	
ASSURE 4 CONTROL SOLUTION	2	
ASSURE DOSE CONTROL SOLUTION	2	
ASSURE ID DUO PRO NEEDLE 31G 5MM	2	
ASSURE ID PEN NEEDLE 30G 3/16"	2	
ASSURE ID PEN NEEDLE 30G 5/16"	2	
ASSURE ID PEN NEEDLE 31G 3/16"	2	
ASSURE ID PRO PEN NEEDLE 30G 5MM	2	
ASSURE ID SYRINGE 0.5 ML 29G 1/2"	2	
ASSURE ID SYRINGE 0.5 ML 31G 15/64"	2	
ASSURE ID SYRINGE 1 ML 29G 1/2"	2	
ASSURE ID SYRINGE 1 ML 31G 15/64"	2	
ASSURE PRISM CONTROL SOLUTION	2	
ASTAGRAF XL 0.5 MG CAPSULE	4	SRX
ASTAGRAF XL 1 MG CAPSULE	4	SRX
ASTAGRAF XL 5 MG CAPSULE	4	SRX
ASTHMA CHECK PEAK FLOW METER	2	
ASTHMAPACK CHILDREN'S CARE KIT	2	
ATAZANAVIR 150 MG CAPSULE	1	
ATAZANAVIR 200 MG CAPSULE	1	
ATAZANAVIR 300 MG CAPSULE	1	
ATENOLOL 25 MG TABLET	1	
ATENOLOL 50 MG TABLET	1	
ATENOLOL 100 MG TABLET	1	
ATENOLOL-CHLORTHALIDONE 50-25 MG TABLET	1	
ATENOLOL-CHLORTHALIDONE 100-25 MG TABLET	1	
ATOMOXETINE 10 MG CAPSULE	1	QL
ATOMOXETINE 18 MG CAPSULE	1	QL
ATOMOXETINE 25 MG CAPSULE	1	QL
ATOMOXETINE 40 MG CAPSULE	1	QL
ATOMOXETINE 60 MG CAPSULE	1	QL
ATOMOXETINE 80 MG CAPSULE	1	QL
ATOMOXETINE 100 MG CAPSULE	1	QL
ATORVASTATIN 10 MG TABLET	1	
ATORVASTATIN 20 MG TABLET	1	
ATORVASTATIN 40 MG TABLET	1	

Lista de medicamentos con receta de 4 niveles de Cigna Plus Texas para 2025

Nombre del medicamento	Nivel	Notas
ATORVASTATIN 80 MG TABLET	1	
ATOVAQUONE 750 MG/5 ML SUSPENSION	3	
ATOVAQUONE-PROGUANIL 62.5-25 TABLET	1	
ATOVAQUONE-PROGUANIL 250-100 TABLET	1	
ATROPINE 1% EYE DROPS	1	
ATROPINE 1% EYE OINTMENT	1	
AUBRA EQ-28 TABLET	1	
AUBRA-28 TABLET	1	
AUROVELA 1 MG-20 MCG TABLET	1	
AUROVELA 21 1.5-30 TABLET	1	
AUROVELA 24 FE 1 MG-20 MCG TABLET	1	
AUROVELA FE 1.5 MG-30 MCG TABLET	1	
AUROVELA FE 1-20 TABLET	1	
AUTOJECT 2 INJECTION DEVICE	2	
AUTOPEN 1 TO 21 UNITS	2	
AUTOPEN 2 TO 42 UNITS	2	
AUTOSOFT 30 INFUSION SET 23" 13MM	2	
AUTOSOFT 30 INFUSION SET 43" 13MM	2	
AUTOSOFT 90 INFUSION SET 23" 6MM	2	
AUTOSOFT 90 INFUSION SET 23" 9MM	2	
AUTOSOFT 90 INFUSION SET 43" 6MM	2	
AUTOSOFT 90 INFUSION SET 43" 9MM	2	
AUTOSOFT XC INFUSION SET 23" 6MM	2	
AUTOSOFT XC INFUSION SET 23" 9MM	2	
AUTOSOFT XC INFUSION SET 32" 6MM	2	
AUTOSOFT XC INFUSION SET 43" 6MM	2	
AUTOSOFT XC INFUSION SET 43" 9MM	2	
AVIANE-28 TABLET	1	
AVONEX PEN 30 MCG/0.5 ML KIT	4	PA, SRX
AVONEX PREFILLED SYRINGE 30 MCG KIT	4	PA, SRX
AYUNA-28 TABLET	1	
AZASITE 1% EYE DROPS	3	
AZATHIOPRINE 50 MG TABLET	1	
AZELAIC ACID 15% GEL	2	
AZELASTINE 0.05% DROPS	1	
AZELASTINE 0.1% (137 MCG) NASAL SPRAY	1	
AZELASTINE 0.15% NASAL SPRAY	1	
AZELASTINE-FLUTICASONE 137-50MCG NASAL SPRAY	2	
AZITHROMYCIN 1 GM POWDER PACKET	1	
AZITHROMYCIN 100 MG/5 ML SUSPENSION	1	

Nombre del medicamento	Nivel	Notas
AZITHROMYCIN 200 MG/5 ML SUSPENSION	1	
AZITHROMYCIN 250 MG TABLET	1	
AZITHROMYCIN 500 MG TABLET	1	
AZITHROMYCIN 600 MG TABLET	1	
AZO TEST TEST STRIP	2	
AZURETTE 28 DAY TABLET	1	
BACITRACIN 500 UNIT/GM EYE OINTMENT	1	
BACITRACIN-POLYMYXIN EYE OINTMENT	1	
BACLOFEN 5 MG TABLET	1	
BACLOFEN 10 MG TABLET	1	
BACLOFEN 20 MG TABLET	1	
BAL-CARE DHA COMBO PACK	1	
BALCOLTRA TABLET	3	
BALSALAZIDE 750 MG CAPSULE	1	
BALZIVA 28 TABLET	1	
BAQSIMI 3 MG NASAL SPRAY ONE PACK	2	QL
BAQSIMI 3 MG NASAL SPRAY TWO PACK	2	QL
BARACLUDE 0.05 MG/ML ORAL SOLUTION	4	SRX
BASAGLAR 100 UNIT/ML KWIKPEN	2	QL
BASAGLAR TEMPO PEN 100 UNIT/ML	2	QL
BD 3 ML SYRINGE 18G 1-1/2"	2	
BD 3 ML SYRINGE 20G 1-1/2"	2	
BD 3 ML SYRINGE 25G 1"	2	
BD 3 ML SYRINGE 25G 1-1/2"	2	
BD 3 ML SYRINGE WITH NEEDLE	2	
BD AUTOSHIELD DUO PEN NEEDLE 5MM 30G	2	
BD BLUNT NEEDLE 18G 1-1/2"	2	
BD ECLIPSE 30G 1/2" SYRINGE	2	
BD ECLIPSE LUER-LOK SYRINGE 3 ML	2	
BD ECLIPSE NEEDLE 18G 40MM	2	
BD ECLIPSE NEEDLE 18G 1 1/2"	2	
BD ECLIPSE NEEDLE 21G 1"	2	
BD ECLIPSE NEEDLE 21G 1.5"	2	
BD ECLIPSE NEEDLE 22G 1"	2	
BD ECLIPSE NEEDLE 23G 25MM	2	
BD ECLIPSE NEEDLE 23G 1"	2	
BD ECLIPSE NEEDLE 25G 16MM	2	
BD ECLIPSE NEEDLE 25G 25MM	2	
BD ECLIPSE NEEDLE 25G 40MM	2	
BD ECLIPSE NEEDLE 25G 1"	2	
BD ECLIPSE NEEDLE 25G 1.5"	2	

Lista de medicamentos con receta de 4 niveles de Cigna Plus Texas para 2025

Nombre del medicamento	Nivel	Notas
BD ECLIPSE NEEDLE 25G 5/8"	2	
BD ECLIPSE NEEDLE 27G 1/2"	2	
BD ECLIPSE NEEDLE 30G 13MM	2	
BD ECLIPSE NEEDLE 30G 1/2"	2	
BD FILTER NEEDLE	2	
BD INSULIN SYRINGE 0.3 ML 29G 12.7MM	2	
BD INSULIN SYRINGE 0.3 ML 8MM 31G(1/2)	2	
BD INSULIN SYRINGE 0.5 ML 28G 1/2"	2	
BD INSULIN SYRINGE 0.5 ML 29G 1/2"	2	
BD INSULIN SYRINGE 0.5 ML 29G 12.7MM	2	
BD INSULIN SYRINGE 1 ML	2	
BD INSULIN SYRINGE 1 ML 25G 5/8"	2	
BD INSULIN SYRINGE 1 ML 25G 1"	2	
BD INSULIN SYRINGE 1 ML 26G 1/2"	2	
BD INSULIN SYRINGE 1 ML 27G 12.7MM	2	
BD INSULIN SYRINGE 1 ML 27G 5/8"	2	
BD INSULIN SYRINGE 1 ML 28G 1/2"	2	
BD INSULIN SYRINGE 1 ML 29G 12.7MM	2	
BD INSULIN SYRINGE U-500 1/2ML 6MM 31G	2	
BD INSULIN SYRINGE ULTRAFINE 0.3 ML 8MM 31G	2	
BD INSULIN SYRINGE ULTRAFINE 0.3ML 12.7MM 30G	2	
BD INSULIN SYRINGE ULTRAFINE 0.5 ML 8MM 31G	2	
BD INSULIN SYRINGE ULTRAFINE 0.5ML 12.7MM 30G	2	
BD INSULIN SYRINGE ULTRAFINE 1 ML 12.7MM 30G	2	
BD INSULIN SYRINGE ULTRAFINE 1 ML 8MM 31G	2	
BD INTEGRA NEEDLE 25G 5/8"	2	
BD INTEGRA RETRA NEEDLE 23G 1"	2	
BD INTEGRA SYRINGE 3 ML 21G 1-1/2"	2	
BD LUER-LOK SYRINGE 1 ML	2	
BD LUER-LOK SYRINGE 3 ML 25G 5/8"	2	
BD NANO 2 GEN PEN NEEDLE 32G 4MM	2	
BD NEEDLE 16G 1"	2	
BD NEEDLE 16G 1.5"	2	
BD NEEDLE 18G 1"	2	
BD NEEDLE 18G 1-1/2"	2	
BD NEEDLE 19G 1"	2	
BD NEEDLE 19G 1-1/2"	2	
BD NEEDLE 20G 1"	2	
BD NEEDLE 20G 1-1/2"	2	
BD NEEDLE 21G 1"	2	
BD NEEDLE 21G 1-1/2"	2	

Nombre del medicamento	Nivel	Notas
BD NEEDLE 21G 1-1/2"	2	
BD NEEDLE 21G 2"	2	
BD NEEDLE 22G 1"	2	
BD NEEDLE 22G 1-1/2"	2	
BD NEEDLE 22G 3/4"	2	
BD NEEDLE 23G 0.75"	2	
BD NEEDLE 23G 1"	2	
BD NEEDLE 23G 1.25"	2	
BD NEEDLE 23G 1-1/2"	2	
BD NEEDLE 25G 0.625"	2	
BD NEEDLE 25G 0.875"	2	
BD NEEDLE 25G 1"	2	
BD NEEDLE 25G 1.5"	2	
BD NEEDLE 25G 5/8"	2	
BD NEEDLE 26G 0.375"	2	
BD NEEDLE 26G 0.5"	2	
BD NEEDLE 26G 0.625"	2	
BD NEEDLE 27G 0.5"	2	
BD NEEDLE 27G 1 1.25"	2	
BD NEEDLE 30G 0.5"	2	
BD NEEDLE 30G 1"	2	
BD NOKOR ADMIX NEEDLE 18G 1.5"	2	
BD NOKOR NEEDLE 16G 1"	2	
BD NOKOR NEEDLE 18G 1"	2	
BD PRECISIONGLIDE 27G 1-1/2" NEEDLE	2	
BD PRECISIONGLIDE 3 ML 22G 3/4"	2	
BD PRECISIONGLIDE NEEDLE 25G	2	
BD SAFETYGLIDE 3 ML SYRINGE	2	
BD SAFETYGLIDE INSULIN 0.3 ML 29G 13MM	2	
BD SAFETYGLIDE INSULIN 0.3 ML 31G 6MM	2	
BD SAFETYGLIDE INSULIN 0.3 ML 31G 8MM	2	
BD SAFETYGLIDE INSULIN 0.5 ML 29G 13MM	2	
BD SAFETYGLIDE INSULIN 0.5 ML 30G 8MM	2	
BD SAFETYGLIDE INSULIN 0.5 ML 31G 6MM	2	
BD SAFETYGLIDE INSULIN 1 ML 29G 13MM	2	
BD SAFETYGLIDE INSULIN 1 ML 6MM 31G	2	
BD SAFETYGLIDE NEEDLE	2	
BD SAFETYGLIDE NEEDLE 18G 1.5"	2	
BD SAFETYGLIDE NEEDLE 21G 1"	2	
BD SAFETYGLIDE NEEDLE 21G 1.5"	2	
BD SAFETYGLIDE NEEDLE 22G 1.5"	2	

Lista de medicamentos con receta de 4 niveles de Cigna Plus Texas para 2025

Nombre del medicamento	Nivel	Notas
BD SAFETYGLIDE NEEDLE 25G 1"	2	
BD SAFETYGLIDE NEEDLE 27G 5/8"	2	
BD SAFETYGLIDE SYRINGE 27G 5/8"	2	
BD SYRINGE-SAFETY GLIDE	2	
BD ULTRAFINE MICRO PEN NEEDLE 6MM 32G	2	
BD ULTRAFINE MINI PEN NEEDLE 5MM 31G	2	
BD ULTRAFINE NANO PEN NEEDLE 4MM 32G	2	
BD ULTRAFINE ORIGINAL PEN NEEDLE 12.7MM 29G	2	
BD ULTRAFINE SHORT PEN NEEDLE 8MM 31G	2	
BD VEO INSULIN 0.3ML 6MM 31G (1/2)	2	
BD VEO INSULIN SYRINGE 0.3 ML 6MM 31G	2	
BD VEO INSULIN SYRINGE 0.5 ML 6MM 31G	2	
BD VEO INSULIN SYRINGE 1 ML 6MM 31G	2	
BECONASE AQ 0.042% NASAL SPRAY	3	ST
BELLADONNA-OPIUM 16.2-30 SUPPOSITORY	1	PA
BELLADONNA-OPIUM 16.2-60 SUPPOSITORY	1	PA
BENZAEPRI 5 MG TABLET	1	
BENZAEPRI 10 MG TABLET	1	
BENZAEPRI 20 MG TABLET	1	
BENZAEPRI 40 MG TABLET	1	
BENZAEPRI-HCTZ 5-6.25 MG TABLET	1	
BENZAEPRI-HCTZ 10-12.5 MG TABLET	1	
BENZAEPRI-HCTZ 20-12.5 MG TABLET	1	
BENZAEPRI-HCTZ 20-25 MG TABLET	1	
BENZONATATE 100 MG CAPSULE	1	
BENZONATATE 200 MG CAPSULE	1	
BENZTROPINE 0.5 MG TABLET	1	
BENZTROPINE 1 MG TABLET	1	
BENZTROPINE 2 MG TABLET	1	
BEPOTASTINE 1.5% EYE DROPS	3	
BESER 0.05% LOTION	1	
BETADINE 5% EYE SOLUTION	3	
BETAINE 1 GRAM/SCOOP POWDER	4	PA, SRX
BETAMETHASONE DIPROPIONATE 0.05% CREAM	1	
BETAMETHASONE DIPROPIONATE 0.05% LOTION	1	
BETAMETHASONE DIPROPIONATE 0.05% OINTMENT	1	
BETAMETHASONE DIPROPIONATE AUGMENTED 0.05% CREAM	1	
BETAMETHASONE DIPROPIONATE AUGMENTED 0.05% GEL	1	
BETAMETHASONE DIPROPIONATE AUGMENTED 0.05% LOTION	1	

Nombre del medicamento	Nivel	Notas
BETAMETHASONE DIPROPIONATE AUGMENTED 0.05% OINTMENT	1	
BETAMETHASONE VALERATE 0.1% CREAM	1	
BETAMETHASONE VALERATE 0.1% LOTION	1	
BETAMETHASONE VALERATE 0.1% OINTMENT	1	
BETAMETHASONE VALERATE 0.12% FOAM	1	
BETAXOLOL 0.5% EYE DROPS	1	
BETAXOLOL 10 MG TABLET	1	
BETAXOLOL 20 MG TABLET	1	
BETHANECHOL 5 MG TABLET	1	
BETHANECHOL 10 MG TABLET	1	
BETHANECHOL 25 MG TABLET	1	
BETHANECHOL 50 MG TABLET	1	
BEXAROTENE 1% GEL	4	PA, SRX
BEXAROTENE 75 MG CAPSULE	4	PA, SRX
BEXSERO PREFILLED SYRINGE	2	
BEYFORTUS 50 MG/0.5 ML SYRINGE	2	
BEYFORTUS 100 MG/ML SYRINGE	2	
BICALUTAMIDE 50 MG TABLET	1	
BIKTARVY 30-120-15 MG TABLET	3	QL
BIKTARVY 50-200-25 MG TABLET	3	QL
BIMATOPROST 0.03% EYE DROPS	1	QL
BINOSTO 70 MG EFFERVESCENT TABLET	3	
BISOPROLOL 5 MG TABLET	1	
BISOPROLOL 10 MG TABLET	1	
BISOPROLOL-HCTZ 2.5-6.25 MG TABLET	1	
BISOPROLOL-HCTZ 5-6.25 MG TABLET	1	
BISOPROLOL-HCTZ 10-6.25 MG TABLET	1	
BLISOVI 24 FE TABLET	1	
BLISOVI FE 1-20 TABLET	1	
BLISOVI FE 1.5-30 TABLET	1	
BLOOD GLUCOSE CONTROL SOLUTION	2	
BLUNT NEEDLE	2	
BOOSTRIX TDAP	2	
BOSENTAN 62.5 MG TABLET	4	PA, SRX
BOSENTAN 125 MG TABLET	4	PA, SRX
BOSULIF 50 MG CAPSULE	4	PA, QL, LDD, SRX
BOSULIF 100 MG CAPSULE	4	PA, QL, LDD, SRX
BOSULIF 100 MG TABLET	4	PA, QL, LDD, SRX
BOSULIF 400 MG TABLET	4	PA, QL, LDD, SRX
BOSULIF 500 MG TABLET	4	PA, QL, LDD, SRX
BREATHRITE MDI SPACER	2	QL

Lista de medicamentos con receta de 4 niveles de Cigna Plus Texas para 2025

Nombre del medicamento	Nivel	Notas
BREATHERITE SPACER-ADULT MASK	2	QL
BREATHERITE SPACER-INFANT MASK	2	QL
BREATHERITE SPACER-LARGE CHILD MASK	2	QL
BREATHERITE SPACER-NEONATE MASK	2	QL
BREATHERITE SPACER-SMALL CHILD MASK	2	QL
BREATHRITE VALVED MDI CHAMBER	2	QL
BREATHRITE VALVED MDI SPACER	2	QL
BREEZE 2 SOLUTION	2	
BREO ELLIPTA 50-25 MCG INHALER	2	QL
BREO ELLIPTA 100-25 MCG INHALER	2	QL
BREO ELLIPTA 200-25 MCG INHALER	2	QL
BREYNA 80-4.5 MCG INHALER	3	QL
BREYNA 160-4.5 MCG INHALER	3	QL
BRIELLYN TABLET	1	
BRILINTA 60 MG TABLET	3	
BRILINTA 90 MG TABLET	3	
BRIMONIDINE 0.1% DROPS	1	
BRIMONIDINE 0.15% DROPS	1	
BRIMONIDINE 0.2% EYE DROPS	1	
BRIMONIDINE-TIMOLOL 0.2%-0.5% EYE DROPS	3	
BRINZOLAMIDE 1% EYE DROPS	2	
BRIVIACT 10 MG/ML ORAL SOLUTION	3	PA, QL
BRIVIACT 10 MG TABLET	3	PA, QL
BRIVIACT 25 MG TABLET	3	PA, QL
BRIVIACT 50 MG TABLET	3	PA, QL
BRIVIACT 75 MG TABLET	3	PA, QL
BRIVIACT 100 MG TABLET	3	PA, QL
BROMFENAC 0.09% EYE DROPS	2	
BROMOCRIPTINE 5 MG CAPSULE	1	
BROMOCRIPTINE 2.5 MG TABLET	1	
BROMPHENIRAMINE-PSEUDOEPHEDRINE-DM 2-30-10 MG/5 ML SYRUP	1	
BRUKINSA 80 MG CAPSULE	4	PA, QL, SRX, LDD
BROOKS INSULIN 0.3ML SYRINGE	2	
BUDESONIDE 0.25 MG/2 ML INHALATION SUSPENSION	3	QL
BUDESONIDE 0.5 MG/2 ML INHALATION SUSPENSION	3	QL
BUDESONIDE 1 MG/2 ML INHALATION SUSPENSION	3	QL
BUDESONIDE DR 3 MG CAPSULE	3	
BUDESONIDE EC 3 MG CAPSULE	3	
BUDESONIDE ER 9 MG TABLET	4	PA, QL, SRX
BUDESONIDE-FORMOTEROL 80-4.5 INHALER	3	QL

Nombre del medicamento	Nivel	Notas
BUDESONIDE-FORMOTEROL 160-4.5 INHALER	3	QL
BUMETANIDE 0.5 MG TABLET	1	
BUMETANIDE 1 MG TABLET	1	
BUMETANIDE 2 MG TABLET	1	
BUPRENORPHINE 5 MCG/HR PATCH	1	QL
BUPRENORPHINE 7.5 MCG/HR PATCH	1	QL
BUPRENORPHINE 10 MCG/HR PATCH	1	QL
BUPRENORPHINE 15 MCG/HR PATCH	1	QL
BUPRENORPHINE 20 MCG/HR PATCH	1	QL
BUPRENORPHINE 2 MG SUBLINGUAL TABLET	1	
BUPRENORPHINE 8 MG SUBLINGUAL TABLET	1	
BUPRENORPHINE-NALOXONE 2-0.5 MG FILM	1	
BUPRENORPHINE-NALOXONE 4-1 MG FILM	1	
BUPRENORPHINE-NALOXONE 8-2 MG FILM	1	
BUPRENORPHINE-NALOXONE 12-3 MG FILM	1	
BUPRENORPHINE-NALOXONE 2-0.5 MG TABLET	1	
BUPRENORPHINE-NALOXONE 8-2 MG TABLET	1	
BUPROPION 75 MG TABLET	1	QL
BUPROPION 100 MG TABLET	1	QL
BUPROPION SR 100 MG TABLET	1	QL
BUPROPION SR 150 MG TABLET	1	QL
BUPROPION SR 150 MG TABLET (smoking cessation)	1	
BUPROPION SR 200 MG TABLET	1	QL
BUPROPION XL 150 MG TABLET	1	QL
BUPROPION XL 300 MG TABLET	1	QL
BUSPIRONE 5 MG TABLET	1	
BUSPIRONE 7.5 MG TABLET	1	
BUSPIRONE 10 MG TABLET	1	
BUSPIRONE 15 MG TABLET	1	
BUSPIRONE 30 MG TABLET	1	
BUTALBITAL COMPOUND-CODEINE #3 CAPSULE	1	PA
BUTALBITAL-ACETAMINOPHEN 50-325 MG TABLET	1	
BUTALBITAL-ACETAMINOPHEN-CAFFEINE 50-300-40 MG TABLET	1	QL
BUTALBITAL-ACETAMINOPHEN-CAFFEINE 50-325-40 MG TABLET	1	QL
BUTALBITAL-ACETAMINOPHEN-CAFFEINE-CODEINE 50-300-30 MG CAPSULE	1	PA
BUTALBITAL-ACETAMINOPHEN-CAFFEINE-CODEINE 50-325-30 MG CAPSULE	1	PA
BUTALBITAL-ASPIRIN-CAFFEINE CAPSULE	1	QL
BUTALBITAL-ASPIRIN-CAFFEINE TABLET	1	QL

Lista de medicamentos con receta de 4 niveles de Cigna Plus Texas para 2025

Nombre del medicamento	Nivel	Notas	Nombre del medicamento	Nivel	Notas
BUTORPHANOL 10 MG/ML NASAL SPRAY	1	PA, QL	CANDESARTAN 16 MG TABLET	1	
BYDUREON BCISE 2 MG AUTO-INJECTOR	2	PA, QL	CANDESARTAN 32 MG TABLET	1	
BYETTA 5 MCG DOSE PEN INJECTOR	2	PA, QL	CANDESARTAN-HCTZ 16-12.5 MG TABLET	1	
BYETTA 10 MCG DOSE PEN INJECTOR	2	PA, QL	CANDESARTAN-HCTZ 32-12.5 MG TABLET	1	
CA INSULIN SYRINGE 0.3 ML 29G 1/2"	2		CANDESARTAN-HCTZ 32-25 MG TABLET	1	
CA INSULIN SYRINGE 0.3 ML 30G 5/16"	2		CAPECITABINE 150 MG TABLET	4	PA, SRX
CA INSULIN SYRINGE 0.3 ML 31G 5/16"	2		CAPECITABINE 500 MG TABLET	4	PA, SRX
CA INSULIN SYRINGE 0.5 ML 29G 1/2"	2		CAPRELSA 100 MG TABLET	4	PA, QL, LDD, SRX
CA INSULIN SYRINGE 0.5 ML 30G 5/16"	2		CAPRELSA 300 MG TABLET	4	PA, QL, LDD, SRX
CA INSULIN SYRINGE 0.5 ML 31G 5/16"	2		CAPTOPRIL 12.5 MG TABLET	1	
CA INSULIN SYRINGE 1 ML 29G 1/2"	2		CAPTOPRIL 25 MG TABLET	1	
CA INSULIN SYRINGE 1 ML 30G 5/16"	2		CAPTOPRIL 50 MG TABLET	1	
CA INSULIN SYRINGE 1 ML 31G 5/16"	2		CAPTOPRIL 100 MG TABLET	1	
CABERGOLINE 0.5 MG TABLET	1	QL	CAPTOPRIL-HCTZ 25-15 MG TABLET	1	QL
CABOMETYX 20 MG TABLET	4	PA, QL, LDD, SRX	CAPTOPRIL-HCTZ 25-25 MG TABLET	1	QL
CABOMETYX 40 MG TABLET	4	PA, QL, LDD, SRX	CAPTOPRIL-HCTZ 50-15 MG TABLET	1	QL
CABOMETYX 60 MG TABLET	4	PA, QL, LDD, SRX	CAPTOPRIL-HCTZ 50-25 MG TABLET	1	QL
CAFFEINE CITRATE 60 MG/3 ML ORAL SOLUTION	1		CAPVAXIVE 0.5 ML SYRINGE	2	
CALCIPOTRIENE 0.005% CREAM	2		CARBAMAZEPINE 100 MG CHEWABLE TABLET	1	
CALCIPOTRIENE 0.005% OINTMENT	2		CARBAMAZEPINE 100 MG/5 ML SUSPENSION	1	
CALCIPOTRIENE 0.005% TOPICAL SOLUTION	2		CARBAMAZEPINE 200 MG TABLET	1	
CALCIPOTRIENE-BETAMETHASONE OINTMENT	3		CARBAMAZEPINE ER 100 MG CAPSULE	1	
CALCITONIN-SALMON 200 UNIT NASAL SPRAY	1		CARBAMAZEPINE ER 200 MG CAPSULE	1	
CALCITRIOL 0.25 MCG CAPSULE	1		CARBAMAZEPINE ER 300 MG CAPSULE	1	
CALCITRIOL 0.5 MCG CAPSULE	1		CARBAMAZEPINE ER 100 MG TABLET	1	
CALCITRIOL 1 MCG/ML ORAL SOLUTION	1		CARBAMAZEPINE ER 200 MG TABLET	1	
CALCITRIOL 3 MCG/G OINTMENT	1	QL	CARBAMAZEPINE ER 400 MG TABLET	1	
CALCIUM ACETATE 667 MG CAPSULE	1		CARBIDOPA 25 MG TABLET	3	
CALCIUM ACETATE 667 MG GELCAP	1		CARBIDOPA-LEVODOPA 10-100 MG ODT TABLET	1	
CALCIUM ACETATE 667 MG TABLET	1		CARBIDOPA-LEVODOPA 25-100 MG ODT TABLET	1	
CALQUENCE 100 MG CAPSULE	4	PA, QL, SRX	CARBIDOPA-LEVODOPA 25-250 MG ODT TABLET	1	
CALQUENCE 100 MG TABLET	4	PA, QL, LDD, SRX	CARBIDOPA-LEVODOPA 10-100 TABLET	1	
CAMILA 0.35 MG TABLET	1		CARBIDOPA-LEVODOPA 25-100 TABLET	1	
CAMRESE 0.15-0.03-0.01 MG TABLET	1		CARBIDOPA-LEVODOPA 25-250 TABLET	1	
CAMRESE LO TABLET	1		CARBIDOPA-LEVODOPA ER 25-100 TABLET	1	
CAMZYOS 10 MG CAPSULE	4	PA, QL, SRX, LDD	CARBIDOPA-LEVODOPA ER 50-200 TABLET	1	
CAMZYOS 15 MG CAPSULE	4	PA, QL, SRX, LDD	CARBIDOPA-LEVODOPA 50 MG-ENTACAPONE TABLET	2	
CAMZYOS 2.5 MG CAPSULE	4	PA, QL, SRX, LDD	CARBIDOPA-LEVODOPA 75 MG-ENTACAPONE TABLET	2	
CAMZYOS 5 MG CAPSULE	4	PA, QL, SRX, LDD	CARBIDOPA-LEVODOPA 100 MG-ENTACAPONE TABLET	2	
CANDESARTAN 4 MG TABLET	1		CARBIDOPA-LEVODOPA 125 MG-ENTACAPONE TABLET	2	
CANDESARTAN 8 MG TABLET	1				

Lista de medicamentos con receta de 4 niveles de Cigna Plus Texas para 2025

Nombre del medicamento	Nivel	Notas
CARBIDOPA-LEVODOPA 150 MG-ENTACAPONE TABLET	2	
CARBIDOPA-LEVODOPA 200 MG-ENTACAPONE TABLET	2	
CARBINOXAMINE 4 MG/5 ML LIQUID	1	
CARBINOXAMINE 4 MG TABLET	1	
CAREFINE PEN NEEDLE 4MM 32G	2	
CAREFINE PEN NEEDLE 5MM 32G	2	
CAREFINE PEN NEEDLE 6MM 31G	2	
CAREFINE PEN NEEDLE 6MM 32G	2	
CAREFINE PEN NEEDLE 8MM 30G	2	
CAREFINE PEN NEEDLE 8MM 31G	2	
CAREFINE PEN NEEDLE 12.7MM 29G	2	
CAREONE SYRINGE 0.3 ML 30G 1/2"	2	
CAREONE SYRINGE 0.5 ML 30G 1/2"	2	
CAREONE SYRINGE 1 ML 30G 1/2"	2	
CAREONE UNIFINE PENTIP 29G 1/2"	2	
CAREONE UNIFINE PENTIP 31G 1/4"	2	
CAREONE UNIFINE PENTIP 31G 3/16"	2	
CAREONE UNIFINE PENTIP 31G 5/16"	2	
CAREONE UNIFINE PENTIP 32G 5/32"	2	
CAREONE UNIFINE PENTIP 4MM 32G	2	
CAREONE UNIFINE PENTIP 5MM 31G	2	
CAREONE UNIFINE PENTIP 6MM 31G	2	
CAREONE UNIFINE PENTIP 8MM 31G	2	
CAREONE UNIFINE PENTIP 12MM 29G	2	
CAREPOINT LL SYRINGE 3 ML 20G 1.5"	2	
CAREPOINT LL SYRINGE 3 ML 21G 1"	2	
CAREPOINT LL SYRINGE 3 ML 21G 1.5"	2	
CAREPOINT LL SYRINGE 3 ML 22G 1"	2	
CAREPOINT LL SYRINGE 3 ML 22G 38MM	2	
CAREPOINT LL SYRINGE 3 ML 23G 1"	2	
CAREPOINT LL SYRINGE 3 ML 23G 1.5"	2	
CAREPOINT LL SYRINGE 3 ML 25G 5/8"	2	
CAREPOINT LL SYRINGE 3 ML 25G 1"	2	
CAREPOINT PRECISION NEEDLE 21G 1"	2	
CARESENS CONTROL SOLUTION	2	
CARETOUCH CONTROL SOLUTION L2-L3	2	
CARETOUCH HYPODERMIC NEEDLE 18G 1.5"	2	
CARETOUCH HYPODERMIC NEEDLE 20G 1"	2	
CARETOUCH HYPODERMIC NEEDLE 22G 1"	2	
CARETOUCH HYPODERMIC NEEDLE 23G 1"	2	

Nombre del medicamento	Nivel	Notas
CARETOUCH HYPODERMIC NEEDLE 23G 1.5"	2	
CARETOUCH HYPODERMIC NEEDLE 25G 1"	2	
CARETOUCH HYPODERMIC NEEDLE 25G 1.5"	2	
CARETOUCH HYPODERMIC NEEDLE 25G 5/8"	2	
CARETOUCH HYPODERMIC NEEDLE 26G 1"	2	
CARETOUCH LL SYRINGE 3 ML 22G 1"	2	
CARETOUCH LL SYRINGE 3 ML 22G 1.5"	2	
CARETOUCH LL SYRINGE 3 ML 23G 1"	2	
CARETOUCH LL SYRINGE 3 ML 23G 1.5"	2	
CARETOUCH LL SYRINGE 3 ML 25G 1"	2	
CARETOUCH LL SYRINGE 3 ML 25G 1.5"	2	
CARETOUCH LL SYRINGE 3 ML 25G 5/8"	2	
CARETOUCH PEN NEEDLE 29G 12MM	2	
CARETOUCH PEN NEEDLE 31G 1/4"	2	
CARETOUCH PEN NEEDLE 31G 3/16"	2	
CARETOUCH PEN NEEDLE 31G 5/16"	2	
CARETOUCH PEN NEEDLE 32G 3/16"	2	
CARETOUCH PEN NEEDLE 32G 5/32"	2	
CARETOUCH SYRINGE 0.3 ML 31G 5/16"	2	
CARETOUCH SYRINGE 0.5 ML 30G 5/16"	2	
CARETOUCH SYRINGE 0.5 ML 31G 5/16"	2	
CARETOUCH SYRINGE 1 ML 28G 5/16"	2	
CARETOUCH SYRINGE 1 ML 29G 5/16"	2	
CARETOUCH SYRINGE 1 ML 30G 5/16"	2	
CARETOUCH SYRINGE 1 ML 31G 5/16"	2	
CARGLUMIC ACID 200 MG TABLET FOR SUSPENSION	4	PA, LDD, SRX
CARISOPRODOL 250 MG TABLET	1	
CARISOPRODOL 350 MG TABLET	1	
CARISOPRODOL-ASPIRIN 200-325 MG TABLET	1	
CARISOPRODOL-ASPIRIN-CODEINE TABLET	1	PA
CARTEOLOL 1% EYE DROPS	1	
CARTIA XT 120 MG CAPSULE	1	
CARTIA XT 180 MG CAPSULE	1	
CARTIA XT 240 MG CAPSULE	1	
CARTIA XT 300 MG CAPSULE	1	
CARVEDILOL 3.125 MG TABLET	1	
CARVEDILOL 6.25 MG TABLET	1	
CARVEDILOL 12.5 MG TABLET	1	
CARVEDILOL 25 MG TABLET	1	
CAYSTON 75 MG INHALATION SOLUTION	4	PA, QL, LDD, SRX
CAZANT 28 DAY TABLET	1	

Lista de medicamentos con receta de 4 niveles de Cigna Plus Texas para 2025

Nombre del medicamento	Nivel	Notas
CEFACLO 250 MG CAPSULE	1	
CEFACLO 500 MG CAPSULE	1	
CEFACLO 125 MG/5 ML SUSPENSION	1	
CEFACLO 250 MG/5 ML SUSPENSION	1	
CEFACLO 375 MG/5 ML SUSPENSION	1	
CEFACLO ER 500 MG TABLET	2	
CEFADROXIL 500 MG CAPSULE	1	
CEFADROXIL 250 MG/5 ML SUSPENSION	1	
CEFADROXIL 500 MG/5 ML SUSPENSION	1	
CEFADROXIL 1 GM TABLET	1	
CEFDINIR 300 MG CAPSULE	1	
CEFDINIR 125 MG/5 ML SUSPENSION	1	
CEFDINIR 250 MG/5 ML SUSPENSION	1	
CEFDITOREN 400 MG TABLET	1	
CEFIXIME 400 MG CAPSULE	2	
CEFIXIME 100 MG/5 ML SUSPENSION	1	
CEFIXIME 200 MG/5 ML SUSPENSION	1	
CEFPODOXIME 50 MG/5 ML SUSPENSION	1	
CEFPODOXIME 100 MG/5 ML SUSPENSION	1	
CEFPODOXIME 100 MG TABLET	1	
CEFPODOXIME 200 MG TABLET	1	
CEFPROZIL 125 MG/5 ML SUSPENSION	1	
CEFPROZIL 250 MG/5 ML SUSPENSION	1	
CEFPROZIL 250 MG TABLET	1	
CEFPROZIL 500 MG TABLET	1	
CEFUROXIME AXETIL 250 MG TABLET	1	
CEFUROXIME AXETIL 500 MG TABLET	1	
CELECOXIB 50 MG CAPSULE	1	QL
CELECOXIB 100 MG CAPSULE	1	QL
CELECOXIB 200 MG CAPSULE	1	QL
CELECOXIB 400 MG CAPSULE	1	QL
CEPHALEXIN 250 MG CAPSULE	1	
CEPHALEXIN 500 MG CAPSULE	1	
CEPHALEXIN 750 MG CAPSULE	1	
CEPHALEXIN 125 MG/5 ML SUSPENSION	1	
CEPHALEXIN 250 MG/5 ML SUSPENSION	1	
CEQR SIMPLICITY INSERTER	2	
CETIRIZINE 1 MG/ML ORAL SOLUTION	1	
CETIRIZINE 1 MG/ML SYRUP	1	
CEVIMELINE 30 MG CAPSULE	1	
CHARLOTTE 24 FE CHEWABLE TABLET	1	

Nombre del medicamento	Nivel	Notas
CHATEAL EQ-28 TABLET	1	
CHATEAL-28 TABLET	1	
CHEK-STIX TEST STRIP	2	
CHEMET 100 MG CAPSULE	3	
CHEMSTRIP 10 MD TEST STRIP	2	
CHEMSTRIP 10 WITH SG TEST STRIP	2	
CHEMSTRIP 2 GP TEST STRIP	2	
CHEMSTRIP 2 LN TEST STRIP	2	
CHEMSTRIP 50B TEST STRIP	2	
CHEMSTRIP 7 TEST STRIP	2	
CHEMSTRIP BG DIARY	2	
CHEMSTRIP MICRAL TEST STRIP	2	
CHEMSTRIP-9 TEST STRIP	2	
CHLORDIAZEPOXIDE 5 MG CAPSULE	1	
CHLORDIAZEPOXIDE 10 MG CAPSULE	1	
CHLORDIAZEPOXIDE 25 MG CAPSULE	1	
CHLORDIAZEPOXIDE-AMITRIPTYLINE 5-12.5 MG TABLET	1	
CHLORDIAZEPOXIDE-AMITRIPTYLINE 10-25 MG TABLET	1	
CHLORDIAZEPOXIDE-CLIDINIUM CAPSULE	1	
CHLORHEXIDINE 0.12% ORAL RINSE	1	
CHLOROQUINE 250 MG TABLET	1	
CHLOROQUINE 500 MG TABLET	1	
CHLORPROMAZINE 10 MG TABLET	2	
CHLORPROMAZINE 25 MG TABLET	2	
CHLORPROMAZINE 50 MG TABLET	2	
CHLORPROMAZINE 100 MG TABLET	2	
CHLORPROMAZINE 200 MG TABLET	2	
CHLORTHALIDONE 25 MG TABLET	1	
CHLORTHALIDONE 50 MG TABLET	1	
CHLORZOXAZONE 500 MG TABLET	1	
CHOLESTYRAMINE LIGHT PACKET	1	
CHOLESTYRAMINE LIGHT POWDER	1	
CHOLESTYRAMINE PACKET	1	
CHOLESTYRAMINE POWDER	1	
CHORIONIC GONADOTROPIN 10,000 UNIT VIAL	3	PA
CICLODAN 0.77% CREAM	1	
CICLODAN 8% TOPICAL SOLUTION	1	
CICLOPIROX 0.77% CREAM	1	
CICLOPIROX 0.77% GEL	1	
CICLOPIROX 1% SHAMPOO	1	

Lista de medicamentos con receta de 4 niveles de Cigna Plus Texas para 2025

Nombre del medicamento	Nivel	Notas
CICLOPIROX 8% TOPICAL SOLUTION	1	
CICLOPIROX 0.77% TOPICAL SUSPENSION	1	
CILOSTAZOL 50 MG TABLET	1	
CILOSTAZOL 100 MG TABLET	1	
CILOXAN 0.3% OINTMENT	3	
CIMETIDINE 300 MG/5 ML ORAL SOLUTION	1	
CIMETIDINE 200 MG TABLET	1	
CIMETIDINE 300 MG TABLET	1	
CIMETIDINE 400 MG TABLET	1	
CIMETIDINE 800 MG TABLET	1	
CIMZIA 200 MG VIAL KIT	4	PA, QL, LDD, SRX
CIMZIA 2X200 MG/ML (X3) STARTER KIT	4	PA, QL, LDD, SRX
CIMZIA 2X200 MG/ML SYRINGE KIT	4	PA, QL, LDD, SRX
CINACALCET 30 MG TABLET	4	PA, SRX
CINACALCET 60 MG TABLET	4	PA, SRX
CINACALCET 90 MG TABLET	4	PA, SRX
CIPROFLOXACIN 0.2% EAR SOLUTION	1	
CIPROFLOXACIN 0.3% EYE DROPS	1	
CIPROFLOXACIN 250 MG/5 ML SUSPENSION	1	
CIPROFLOXACIN 500 MG/5 ML SUSPENSION	1	
CIPROFLOXACIN 100 MG TABLET	1	
CIPROFLOXACIN 250 MG TABLET	1	
CIPROFLOXACIN 500 MG TABLET	1	
CIPROFLOXACIN 750 MG TABLET	1	
CIPROFLOXACIN-DEXAMETHASONE EAR SUSPENSION	2	
CIPROFLOXACIN-FLUOCINOLONE 0.3-0.025%	2	PA
CITALOPRAM 10 MG/5 ML ORAL SOLUTION	1	QL
CITALOPRAM 10 MG TABLET	1	QL
CITALOPRAM 20 MG TABLET	1	QL
CITALOPRAM 40 MG TABLET	1	QL
CLARAVIS 10 MG CAPSULE	3	
CLARAVIS 20 MG CAPSULE	3	
CLARAVIS 30 MG CAPSULE	3	
CLARAVIS 40 MG CAPSULE	3	
CLARITHROMYCIN 125 MG/5 ML SUSPENSION	1	
CLARITHROMYCIN 250 MG/5 ML SUSPENSION	1	
CLARITHROMYCIN 250 MG TABLET	1	
CLARITHROMYCIN 500 MG TABLET	1	
CLARITHROMYCIN ER 500 MG TABLET	1	
CLEMASTINE 2.68 MG TABLET	1	
CLEVER CHOICE CHAMBER-LARGE MASK	2	QL

Nombre del medicamento	Nivel	Notas
CLEVER CHOICE CHAMBER-MEDIUM MASK	2	QL
CLEVER CHOICE CHAMBER-SMALL MASK	2	QL
CLEVER CHOICE LEVEL 1 CONTROL SOLUTION	2	
CLEVER CHOICE LEVEL 2 CONTROL SOLUTION	2	
CLEVER CHOICE LEVEL 3 CONTROL SOLUTION	2	
CLEVER CHOICE PEAK FLOW METER	2	
CLICKFINE 31G 1/4" NEEDLE	2	
CLICKFINE 31G 5/16" NEEDLE	2	
CLICKFINE PEN NEEDLE 32G 5/32"	2	
CLICKFINE UNIVERSAL 31G 1/4"	2	
CLINDACIN 1% FOAM	1	
CLINDACIN ETZ 1% PLEDGET	1	
CLINDACIN P 1% PLEDGET	1	
CLINDAMYCIN (PEDI) 75 MG/5 ML	1	
CLINDAMYCIN 2% VAGINAL CREAM	1	
CLINDAMYCIN 75 MG CAPSULE	1	
CLINDAMYCIN 150 MG CAPSULE	1	
CLINDAMYCIN 300 MG CAPSULE	1	
CLINDAMYCIN PHOSPHATE 1% FOAM	1	
CLINDAMYCIN PHOSPHATE 1% GEL	1	
CLINDAMYCIN PHOSPHATE 1% LOTION	1	
CLINDAMYCIN PHOSPHATE 1% PLEDGET	1	
CLINDAMYCIN PHOSPHATE 1% TOPICAL SOLUTION	1	
CLINDAMYCIN-BENZOYL PEROXIDE 1-5% GEL	1	
CLINDAMYCIN-BENZOYL PEROXIDE 1-5% GEL PUMP	1	
CLINDAMYCIN-BENZOYL PEROXIDE 1.2-5% GEL	1	
CLINDAMYCIN-TRETINOIN 1.2%-0.025% GEL	1	
CLINDESSE 2% VAGINAL CREAM	3	
CLOBAZAM 2.5 MG/ML SUSPENSION	3	PA
CLOBAZAM 10 MG TABLET	3	PA
CLOBAZAM 20 MG TABLET	3	PA
CLOBETASOL 0.05% CREAM	1	
CLOBETASOL 0.05% GEL	1	
CLOBETASOL 0.05% OINTMENT	1	
CLOBETASOL 0.05% SHAMPOO	1	
CLOBETASOL 0.05% TOPICAL LOTION	1	
CLOBETASOL 0.05% TOPICAL SOLUTION	1	
CLOBETASOL EMOLLIENT 0.05% CREAM	1	
CLOBETASOL EMOLLIENT 0.05% FOAM	2	
CLOBETASOL EMULSION 0.05% FOAM	2	
CLOBETASOL PROPIONATE 0.05% FOAM	1	

Lista de medicamentos con receta de 4 niveles de Cigna Plus Texas para 2025

Nombre del medicamento	Nivel	Notas	Nombre del medicamento	Nivel	Notas
CLOBETASOL PROPIONATE 0.05% SPRAY	1		G-NATE DHA SOFTGEL	1	
CLOCORTOLONE PIVALATE 0.1% CREAM	2		COARTEM TABLET	3	QL
CLODAN 0.05% SHAMPOO	1		CODEINE SULFATE 15 MG TABLET	1	PA
CLOMIPRAMINE 25 MG CAPSULE	3		CODEINE SULFATE 30 MG TABLET	1	PA
CLOMIPRAMINE 50 MG CAPSULE	3		CODEINE SULFATE 60 MG TABLET	1	PA
CLOMIPRAMINE 75 MG CAPSULE	3		COLCHICINE 0.6 MG TABLET	1	
CLONAZEPAM 0.125 MG ODT TABLET	1		COLESEVELAM 3.75 G PACKET	2	
CLONAZEPAM 0.25 MG ODT TABLET	1		COLESEVELAM 625 MG TABLET	2	
CLONAZEPAM 0.5 MG ODT TABLET	1		COLESTIPOL 1 GM TABLET	1	
CLONAZEPAM 1 MG ODT TABLET	1		COLESTIPOL GRANULES	1	
CLONAZEPAM 2 MG ODT TABLET	1		COLESTIPOL GRANULES PACKET	1	
CLONAZEPAM 0.5 MG TABLET	1		COMBISTIX REAGENT TEST STRIP	2	
CLONAZEPAM 1 MG TABLET	1		COMETRIQ 60 MG DAILY-DOSE PACK	4	PA, QL, LDD, SRX
CLONAZEPAM 2 MG TABLET	1		COMETRIQ 100 MG DAILY-DOSE PACK	4	PA, QL, LDD, SRX
CLONIDINE 0.1 MG/DAY PATCH	1		COMETRIQ 140 MG DAILY-DOSE PACK	4	PA, QL, LDD, SRX
CLONIDINE 0.2 MG/DAY PATCH	1		COMFORT EZ INSULIN SYRINGE 0.3 ML	2	
CLONIDINE 0.3 MG/DAY PATCH	1		COMFORT EZ INSULIN SYRINGE 0.3ML 30G 1/2"	2	
CLONIDINE 0.1 MG TABLET	1		COMFORT EZ INSULIN SYRINGE 0.3ML 30G 5/16"	2	
CLONIDINE 0.2 MG TABLET	1		COMFORT EZ INSULIN SYRINGE 0.5 ML	2	
CLONIDINE 0.3 MG TABLET	1		COMFORT EZ INSULIN SYRINGE 0.5ML 31G 5/16"	2	
CLONIDINE ER 0.1 MG TABLET	1		COMFORT EZ INSULIN SYRINGE 1 ML 31G 5/16"	2	
CLOPIDOGREL 75 MG TABLET	1		COMFORT EZ PEN NEEDLE 4MM 32G	2	
CLOPIDOGREL 300 MG TABLET	1		COMFORT EZ PEN NEEDLE 4MM 33G	2	
CLORAZEPATE 3.75 MG TABLET	1		COMFORT EZ PEN NEEDLE 5MM 31G	2	
CLORAZEPATE 7.5 MG TABLET	1		COMFORT EZ PEN NEEDLE 5MM 32G	2	
CLORAZEPATE 15 MG TABLET	1		COMFORT EZ PEN NEEDLE 5MM 33G	2	
CLOTRIMAZOLE 10 MG LOZENGE	1		COMFORT EZ PEN NEEDLE 6MM 31G	2	
CLOTRIMAZOLE 1% TOPICAL CREAM	1		COMFORT EZ PEN NEEDLE 6MM 32G	2	
CLOTRIMAZOLE 1% TOPICAL SOLUTION	1		COMFORT EZ PEN NEEDLE 6MM 33G	2	
CLOTRIMAZOLE 10 MG TROCHE	1		COMFORT EZ PEN NEEDLE 8MM 31G	2	
CLOTRIMAZOLE-BETAMETHASONE CREAM	1		COMFORT EZ PEN NEEDLE 8MM 32G	2	
CLOTRIMAZOLE-BETAMETHASONE LOTION	1		COMFORT EZ PEN NEEDLE 8MM 33G	2	
CLOZAPINE 25 MG TABLET	1		COMFORT EZ PEN NEEDLE 12MM 29G	2	
CLOZAPINE 50 MG TABLET	1		COMFORT EZ PRO PEN NEEDLE 30G 8MM	2	
CLOZAPINE 100 MG TABLET	1		COMFORT EZ PRO PEN NEEDLE 31G 4MM	2	
CLOZAPINE 200 MG TABLET	1		COMFORT EZ PRO PEN NEEDLE 31G 5MM	2	
CLOZAPINE ODT 12.5 MG TABLET	3		COMFORT EZ SYRINGE 0.3 ML 29G 1/2"	2	
CLOZAPINE ODT 25 MG TABLET	3		COMFORT EZ SYRINGE 0.5 ML 28G 1/2"	2	
CLOZAPINE ODT 100 MG TABLET	3		COMFORT EZ SYRINGE 0.5 ML 29G 1/2"	2	
CLOZAPINE ODT 150 MG TABLET	3		COMFORT EZ SYRINGE 0.5 ML 30G 1/2"	2	
CLOZAPINE ODT 200 MG TABLET	3		COMFORT EZ SYRINGE 1 ML 28G 1/2"	2	

Lista de medicamentos con receta de 4 niveles de Cigna Plus Texas para 2025

Nombre del medicamento	Nivel	Notas
COMFORT EZ SYRINGE 1 ML 29G 1/2"	2	
COMFORT EZ SYRINGE 1 ML 30G 1/2"	2	
COMFORT EZ SYRINGE 1 ML 30G 5/16"	2	
COMFORT INFUSION SET 23" 17MM	2	
COMFORT INFUSION SET 32" 17MM	2	
COMFORT INFUSION SET 43" 17MM	2	
COMFORT POINT PEN NEEDLE 29G 1/2"	2	
COMFORT POINT PEN NEEDLE 31G 1/3"	2	
COMFORT POINT PEN NEEDLE 31G 1/4"	2	
COMFORT POINT PEN NEEDLE 31G 1/6"	2	
COMFORT SHORT INFUSION SET 23"	2	
COMFORT SHORT INFUSION SET 32"	2	
COMFORT SHORT INFUSION SET 43"	2	
COMFORT TOUCH PEN NEEDLE 31G 4MM	2	
COMFORT TOUCH PEN NEEDLE 31G 5MM	2	
COMFORT TOUCH PEN NEEDLE 31G 6MM	2	
COMFORT TOUCH PEN NEEDLE 31G 8MM	2	
COMFORT TOUCH PEN NEEDLE 32G 4MM	2	
COMFORT TOUCH PEN NEEDLE 32G 5MM	2	
COMFORT TOUCH PEN NEEDLE 32G 6MM	2	
COMFORT TOUCH PEN NEEDLE 32G 8MM	2	
COMFORT TOUCH PEN NEEDLE 33G 4MM	2	
COMFORT TOUCH PEN NEEDLE 33G 5MM	2	
COMFORT TOUCH PEN NEEDLE 33G 6MM	2	
COMFORTSEAL LARGE MASK	2	QL
COMFORTSEAL MEDIUM MASK	2	QL
COMFORTSEAL SMALL MASK	2	QL
COMIRNATY 30MCG/0.3ML	2	
COMIRNATY SYRINGE	2	
COMIRNATY VIAL	2	
COMPACT SPACE CHAMBER	2	QL
COMPACT SPACE CHAMBER-LARGE MASK	2	QL
COMPACT SPACE CHAMBER-MEDIUM MASK	2	QL
COMPACT SPACE CHAMBER-SMALL MASK	2	QL
COMPLERA TABLET	3	QL
COMPLETE NATAL DHA	1	
COMPLETENATE CHEWABLE TABLET	1	
COMPRO 25 MG SUPPOSITORY	1	
CONSTULOSE 10 GM/15 ML ORAL SOLUTION	1	
CONTACT DETACH INFUSION SET 23"	2	
CONTACT DETACH INFUSION SET 32"	2	

Nombre del medicamento	Nivel	Notas
CONTOUR NEXT LEVEL 1 CONTROL SOLUTION	2	
CONTOUR NEXT LEVEL 2 CONTROL SOLUTION	2	
CONTOUR SOLUTION	2	
COOL CONTROL A SOLUTION	2	
COOL CONTROL B SOLUTION	2	
CORTISONE 25 MG TABLET	1	
CORTISPORIN CREAM	3	
CORTISPORIN OINTMENT	3	
CORTISPORIN-TC EAR SUSPENSION	3	
COSENTYX 75 MG/0.5 ML SYRINGE	4	PA, QL, SRX
COSENTYX 150 MG/ML SYRINGE	4	PA, QL, SRX
COSENTYX 300 MG DOSE-2 SYRINGE	4	PA, QL, SRX
COSENTYX SENSOREADY 150 MG PEN	4	PA, QL, SRX
COSENTYX SENSOREADY 300MG DOSE-2PEN	4	PA, QL, SRX
COSENTYX UNOREADY 300 MG PEN	4	PA, QL, SRX
COTELLIC 20 MG TABLET	4	PA, QL, LDD, SRX
COVARYX H.S. TABLET	1	
COVARYX TABLET	1	
CRESEMBA 74.5 MG CAPSULE	3	PA
CRESEMBA 186 MG CAPSULE	3	PA
CROMOLYN 100 MG/5 ML ORAL CONCENTRATE	3	
CROMOLYN 20 MG/2 ML INHALATION SOLUTION	3	QL
CROMOLYN 4% EYE DROPS	1	
CROTAN 10% LOTION	2	
CRYSELLE-28 TABLET	1	
CVS ALKALINE BATTERIES	2	
CVS KETONE CARE TEST STRIP	2	
CYANOCOBALAMIN 1,000 MCG/ML VIAL	1	
CYANOCOBALAMIN 10,000 MCG/10ML VIAL	1	
CYANOCOBALAMIN 30,000 MCG/30ML VIAL	1	
CYCLOBENZAPRINE 5 MG TABLET	1	
CYCLOBENZAPRINE 10 MG TABLET	1	
CYCLOMYDRIL EYE DROPS	3	
CYCLOPENTOLATE 0.5% EYE DROPS	1	
CYCLOPENTOLATE 1% EYE DROPS	1	
CYCLOPENTOLATE 2% DROPS	1	
CYCLOPHOSPHAMIDE 25 MG CAPSULE	2	
CYCLOPHOSPHAMIDE 50 MG CAPSULE	2	
CYCLOSERINE 250 MG CAPSULE	1	
CYCLOSET 0.8 MG TABLET	3	
CYCLOSPORINE 0.05% EYE EMULSION	3	

Lista de medicamentos con receta de 4 niveles de Cigna Plus Texas para 2025

Nombre del medicamento	Nivel	Notas
CYCLOSPORINE 25 MG CAPSULE	1	
CYCLOSPORINE 100 MG CAPSULE	1	
CYCLOSPORINE MODIFIED 25 MG CAPSULE	1	
CYCLOSPORINE MODIFIED 50 MG CAPSULE	1	
CYCLOSPORINE MODIFIED 100 MG CAPSULE	1	
CYCLOSPORINE MODIFIED 100MG/ML ORAL SOLUTION	1	
CYLTEZO(CF) 10 MG/0.2 ML SYRINGE	4	PA, QL, SRX
CYLTEZO(CF) 20 MG/0.4 ML SYRINGE	4	PA, QL, SRX
CYLTEZO(CF) 40 MG/0.8 ML SYRINGE	4	PA, QL, SRX
CYLTEZO(CF) PEN 40 MG/0.8 ML	4	PA, QL, SRX
CYLTEZO(CF) PEN CROHN'S-UC-HS 40 MG	4	PA, QL, SRX
CYLTEZO(CF) PEN PSORIASIS-UV 40 MG	4	PA, QL, SRX
CYPROHEPTADINE 2 MG/5 ML SYRUP	1	
CYPROHEPTADINE 4 MG TABLET	1	
CYRED 28 DAY TABLET	1	
CYRED EQ 28 DAY TABLET	1	
CYSTAGON 50 MG CAPSULE	4	PA, LDD, SRX
CYSTAGON 150 MG CAPSULE	4	PA, LDD, SRX
CYSTARAN 0.44% EYE DROPS	3	PA, QL, LDD
DABIGATRAN 75 MG CAPSULE	3	QL
DABIGATRAN 110 MG CAPSULE	3	QL
DABIGATRAN 150 MG CAPSULE	3	QL
DALFAMPRIDINE ER 10 MG TABLET	4	PA, QL, SRX
DANAZOL 50 MG CAPSULE	1	
DANAZOL 100 MG CAPSULE	1	
DANAZOL 200 MG CAPSULE	1	
DANTROLENE 25 MG CAPSULE	1	
DANTROLENE 50 MG CAPSULE	1	
DANTROLENE 100 MG CAPSULE	1	
DAPSONE 25 MG TABLET	3	
DAPSONE 100 MG TABLET	3	
DAPTACEL DTAP VACCINE	2	
DARIFENACIN ER 7.5 MG TABLET	1	
DARIFENACIN ER 15 MG TABLET	1	
DARUNAVIR 600 MG TABLET	1	
DARUNAVIR 800 MG TABLET	1	
DASETTA 1-35-28 TABLET	1	
DASETTA 7/7/7-28 TABLET	1	
DAYSEE 0.15-0.03-0.01 MG TABLET	1	
DEBLITANE 0.35 MG TABLET	1	
DEFERASIROX 90 MG GRANULE PACKET	4	PA, SRX

Nombre del medicamento	Nivel	Notas
DEFERASIROX 180 MG GRANULE PACKET	4	PA, SRX
DEFERASIROX 360 MG GRANULE PACKET	4	PA, SRX
DEFERASIROX 90 MG TABLET	4	PA, SRX
DEFERASIROX 180 MG TABLET	4	PA, SRX
DEFERASIROX 360 MG TABLET	4	PA, SRX
DEFERASIROX 125 MG TABLET FOR SUSPENSION	4	PA, SRX
DEFERASIROX 250 MG TABLET FOR SUSPENSION	4	PA, SRX
DEFERASIROX 500 MG TABLET FOR SUSPENSION	4	PA, SRX
DEFERIPRONE 500 MG TABLET	4	PA, SRX
DEFERIPRONE 1,000 MG TABLET (3X/DAY)	4	PA, SRX
DELTEC COZMO CLEO INFUSION SET	2	
DEMECLOCYCLINE 150 MG TABLET	2	
DEMECLOCYCLINE 300 MG TABLET	2	
DENTA 5000 PLUS SENSITIVE PASTE	1	
DENTA 5000 PLUS TOOTHPASTE	1	
DENTAGEL 1.1% GEL	1	
DERMACINRX LIDOCAN 5% PATCH	1	
DESCOVY 120-15 MG TABLET	2	
DESCOVY 200-25 MG TABLET	2	
DESIPRAMINE 10 MG TABLET	1	
DESIPRAMINE 25 MG TABLET	1	
DESIPRAMINE 50 MG TABLET	1	
DESIPRAMINE 75 MG TABLET	1	
DESIPRAMINE 100 MG TABLET	1	
DESIPRAMINE 150 MG TABLET	1	
DES Loratadine 2.5 MG ODT TABLET	1	QL
DES Loratadine 5 MG ODT TABLET	1	QL
DES Loratadine 5 MG TABLET	1	QL
DESMOPRESSIN 0.01% NASAL SPRAY	1	
DESMOPRESSIN 10 MCG/0.1 ML NASAL SPRAY	1	
DESMOPRESSIN 0.1 MG TABLET	1	
DESMOPRESSIN 0.2 MG TABLET	1	
DESOGESTREL-ETHINYL ESTRADIOL 0.15-0.03 MG TABLET	1	
DESOGESTREL-ETHINYL ESTRADIOL ETHINYL ESTRADIOL TABLET	1	
DESONIDE 0.05% CREAM	1	
DESONIDE 0.05% LOTION	1	
DESONIDE 0.05% OINTMENT	1	
DESOXIMETASONE 0.05% CREAM	2	
DESOXIMETASONE 0.25% CREAM	2	
DESOXIMETASONE 0.05% GEL	2	

Lista de medicamentos con receta de 4 niveles de Cigna Plus Texas para 2025

Nombre del medicamento	Nivel	Notas
DESOXIMETASONE 0.05% OINTMENT	2	
DESOXIMETASONE 0.25% OINTMENT	2	
DESVENLAFAXINE ER 25 MG TABLET	1	QL
DESVENLAFAXINE ER 50 MG TABLET	1	QL
DESVENLAFAXINE ER 100MG TABLET	1	QL
DEXAMETHASONE 0.1% EYE DROPS	1	
DEXAMETHASONE 0.5 MG/5 ML ELIXIR	1	
DEXAMETHASONE 0.5 MG/5 ML LIQUID	1	
DEXAMETHASONE 0.5 MG TABLET	1	
DEXAMETHASONE 0.75 MG TABLET	1	
DEXAMETHASONE 1 MG TABLET	1	
DEXAMETHASONE 1.5 MG TABLET	1	
DEXAMETHASONE 2 MG TABLET	1	
DEXAMETHASONE 4 MG TABLET	1	
DEXAMETHASONE 6 MG TABLET	1	
DEXAMETHASONE INTENSOL 1 MG/ML ORAL CONCENTRATE	1	
DEXCOM G6 RECEIVER	2	PA, QL
DEXCOM G7 RECEIVER	2	PA, QL
DEXCOM G6 SENSOR	2	PA, QL
DEXCOM G7 SENSOR	2	PA, QL
DEXCOM G6 TRANSMITTER	2	PA, QL
DEXLANSOPRAZOLE DR 30 MG CAPSULE	3	QL
DEXLANSOPRAZOLE DR 60 MG CAPSULE	3	QL
DEXMETHYLPHENIDATE 2.5 MG TABLET	1	QL
DEXMETHYLPHENIDATE 5 MG TABLET	1	QL
DEXMETHYLPHENIDATE 10 MG TABLET	1	QL
DEXMETHYLPHENIDATE ER 5 MG CAPSULE	2	QL
DEXMETHYLPHENIDATE ER 10 MG CAPSULE	2	QL
DEXMETHYLPHENIDATE ER 15 MG CAPSULE	2	QL
DEXMETHYLPHENIDATE ER 20 MG CAPSULE	2	QL
DEXMETHYLPHENIDATE ER 25 MG CAPSULE	2	QL
DEXMETHYLPHENIDATE ER 30 MG CAPSULE	2	QL
DEXMETHYLPHENIDATE ER 35 MG CAPSULE	2	QL
DEXMETHYLPHENIDATE ER 40 MG CAPSULE	2	QL
DEXTROAMPHETAMINE 5 MG/5 ML ORAL SOLUTION	1	QL
DEXTROAMPHETAMINE 5 MG TABLET	1	QL
DEXTROAMPHETAMINE 10 MG TABLET	1	QL
DEXTROAMPHETAMINE ER 5 MG CAPSULE	1	QL
DEXTROAMPHETAMINE ER 10 MG CAPSULE	1	QL
DEXTROAMPHETAMINE ER 15 MG CAPSULE	1	QL

Nombre del medicamento	Nivel	Notas
DEXTROAMPHETAMINE-AMPHETAMINE 5 MG TABLET	1	QL
DEXTROAMPHETAMINE-AMPHETAMINE 7.5 MG TABLET	1	QL
DEXTROAMPHETAMINE-AMPHETAMINE 10 MG TABLET	1	QL
DEXTROAMPHETAMINE-AMPHETAMINE 12.5 MG TABLET	1	QL
DEXTROAMPHETAMINE-AMPHETAMINE 15 MG TABLET	1	QL
DEXTROAMPHETAMINE-AMPHETAMINE 20 MG TABLET	1	QL
DEXTROAMPHETAMINE-AMPHETAMINE 30 MG TABLET	1	QL
DEXTROAMPHETAMINE-AMPHETAMINE ER 5 MG CAPSULE	1	QL
DEXTROAMPHETAMINE-AMPHETAMINE ER 10 MG CAPSULE	1	QL
DEXTROAMPHETAMINE-AMPHETAMINE ER 15 MG CAPSULE	1	QL
DEXTROAMPHETAMINE-AMPHETAMINE ER 20 MG CAPSULE	1	QL
DEXTROAMPHETAMINE-AMPHETAMINE ER 25 MG CAPSULE	1	QL
DEXTROAMPHETAMINE-AMPHETAMINE ER 30 MG CAPSULE	1	QL
DIASTIX REAGENT TEST STRIP	2	
DIATRUE LEVEL 1 CONTROL SOLUTION	2	
DIATRUE LEVEL 2 CONTROL SOLUTION	2	
DIATRUE LEVEL 3 CONTROL SOLUTION	2	
DIAZEPAM 5 MG/ML ORAL CONCENTRATE	1	
DIAZEPAM 25 MG/5 ML ORAL CONCENTRATE	1	
DIAZEPAM 5 MG/5 ML ORAL SOLUTION	1	
DIAZEPAM 2.5 MG RECTAL GEL SYSTEM	1	
DIAZEPAM 10 MG RECTAL GEL SYSTEM	1	
DIAZEPAM 20 MG RECTAL GEL SYSTEM	1	
DIAZEPAM 2 MG TABLET	1	
DIAZEPAM 5 MG TABLET	1	
DIAZEPAM 10 MG TABLET	1	
DIAZOXIDE 50 MG/ML ORAL SUSPENSION	3	
DICLOFENAC 0.1% EYE DROPS	1	
DICLOFENAC 1.5% TOPICAL SOLUTION	1	
DICLOFENAC POTASSIUM 50 MG TABLET	1	
DICLOFENAC SODIUM 1% GEL	1	QL

Lista de medicamentos con receta de 4 niveles de Cigna Plus Texas para 2025

Nombre del medicamento	Nivel	Notas
DICLOFENAC SODIUM DR 25 MG TABLET	1	
DICLOFENAC SODIUM DR 50 MG TABLET	1	
DICLOFENAC SODIUM DR 75 MG TABLET	1	
DICLOFENAC SODIUM EC 25 MG TABLET	1	
DICLOFENAC SODIUM EC 50 MG TABLET	1	
DICLOFENAC SODIUM EC 75 MG TABLET	1	
DICLOFENAC SODIUM ER 100 MG TABLET	1	
DICLOFENAC-MISOPROSTOL 50-0.2 MG TABLET	1	
DICLOFENAC-MISOPROSTOL 75-0.2 MG TABLET	1	
DICLOXACILLIN 250 MG CAPSULE	1	
DICLOXACILLIN 500 MG CAPSULE	1	
DICYCLOMINE 10 MG CAPSULE	1	
DICYCLOMINE 10 MG/5 ML ORAL SOLUTION	1	
DICYCLOMINE 20 MG TABLET	1	
DIDANOSINE DR 250 MG CAPSULE	1	
DIDANOSINE DR 400 MG CAPSULE	1	
DIFICID 40 MG/ML SUSPENSION	3	PA, QL
DIFICID 200 MG TABLET	3	PA, QL
DIFLORASONE 0.05% CREAM	3	
DIFLORASONE 0.05% OINTMENT	3	
DIFLUNISAL 500 MG TABLET	1	
DIFLUPREDNATE 0.05% EYE DROPS	2	
DIGOX 125 MCG TABLET	1	
DIGOX 250 MCG TABLET	1	
DIGOXIN 0.05 MG/ML ORAL SOLUTION	1	
DIGOXIN 0.125 MG TABLET	1	
DIGOXIN 0.25 MG TABLET	1	
DIGOXIN 125 MCG TABLET	1	
DIGOXIN 250 MCG TABLET	1	
DIHYDROERGOTAMINE 1 MG/ML AMPULE	3	QL
DILT XR 120 MG CAPSULE	1	
DILT XR 180 MG CAPSULE	1	
DILT XR 240 MG CAPSULE	1	
DILTIAZEM 120 MG TABLET	1	
DILTIAZEM 12HR ER 60 MG CAPSULE	1	
DILTIAZEM 12HR ER 90 MG CAPSULE	1	
DILTIAZEM 12HR ER 120 MG CAPSULE	1	
DILTIAZEM 24H ER(CD) 120 MG CAPSULE	1	
DILTIAZEM 24H ER(CD) 180 MG CAPSULE	1	
DILTIAZEM 24H ER(CD) 240 MG CAPSULE	1	
DILTIAZEM 24H ER(CD) 300 MG CAPSULE	1	

Nombre del medicamento	Nivel	Notas
DILTIAZEM 24H ER(CD) 360 MG CAPSULE	1	
DILTIAZEM 24H ER(LA) 120 MG TABLET	1	
DILTIAZEM 24H ER(LA) 180 MG TABLET	1	
DILTIAZEM 24H ER(LA) 240 MG TABLET	1	
DILTIAZEM 24H ER(LA) 300 MG TABLET	1	
DILTIAZEM 24H ER(LA) 360 MG TABLET	1	
DILTIAZEM 24H ER(LA) 420 MG TABLET	1	
DILTIAZEM 24H ER(XR) 120 MG CAPSULE	1	
DILTIAZEM 24H ER(XR) 180 MG CAPSULE	1	
DILTIAZEM 24H ER(XR) 240 MG CAPSULE	1	
DILTIAZEM 24HR ER 120 MG CAPSULE	1	
DILTIAZEM 24HR ER 180 MG CAPSULE	1	
DILTIAZEM 24HR ER 240 MG CAPSULE	1	
DILTIAZEM 24HR ER 300 MG CAPSULE	1	
DILTIAZEM 24HR ER 360 MG CAPSULE	1	
DILTIAZEM 24HR ER 420 MG CAPSULE	1	
DILTIAZEM 30 MG TABLET	1	
DILTIAZEM 60 MG TABLET	1	
DILTIAZEM 90 MG TABLET	1	
DIMETHYL FUMARATE 30 DAY STARTER PACK	3	PA, QL
DIMETHYL FUMARATE DR 120 MG CAPSULE	3	PA, QL
DIMETHYL FUMARATE DR 240 MG CAPSULE	3	PA, QL
DIPENTUM 250 MG CAPSULE	3	
DIPHEN 12.5 MG/5 ML ELIXIR	3	
DIPHEN 12.5 MG/5 ML ORAL SOLUTION	3	
DIPHENHYDRAMINE 12.5 MG/5 ML ORAL SOLUTION	1	
DIPHENHYDRAMINE 25 MG/10ML ORAL SOLUTION	1	
DIPHENOXYLATE-ATROPINE 2.5-0.025/5 ML ORAL SOLUTION	1	
DIPHENOXYLATE-ATROPINE 2.5-0.025 MG TABLET	1	
DIPHTHERIA-TETANUS TOXOIDS-PEDIATRIC	2	
DIPYRIDAMOLE 25 MG TABLET	1	
DIPYRIDAMOLE 50 MG TABLET	1	
DIPYRIDAMOLE 75 MG TABLET	1	
DISOPYRAMIDE 100 MG CAPSULE	1	
DISOPYRAMIDE 150 MG CAPSULE	1	
DISULFIRAM 250 MG TABLET	1	
DISULFIRAM 500 MG TABLET	1	
DIVALPROEX DR 125 MG CAPSULE SPRINKLE	1	
DIVALPROEX DR 125 MG TABLET	1	
DIVALPROEX DR 250 MG TABLET	1	

Lista de medicamentos con receta de 4 niveles de Cigna Plus Texas para 2025

Nombre del medicamento	Nivel	Notas
DIVALPROEX DR 500 MG TABLET	1	
DIVALPROEX ER 250 MG TABLET	1	
DIVALPROEX ER 500 MG TABLET	1	
DODEX 1,000 MCG/ML VIAL	1	
DODEX 10,000 MCG/10 ML VIAL	1	
DODEX 30,000 MCG/30 ML VIAL	1	
DOFETILIDE 125 MCG CAPSULE	3	QL
DOFETILIDE 250 MCG CAPSULE	3	QL
DOFETILIDE 500 MCG CAPSULE	3	QL
DOLISHALE 90-20 MCG TABLET	1	
DONEPEZIL 5 MG TABLET	1	
DONEPEZIL 10 MG TABLET	1	
DONEPEZIL 23 MG TABLET	1	
DONEPEZIL ODT 5 MG TABLET	1	
DONEPEZIL ODT 10 MG TABLET	1	
DORZOLAMIDE 2% EYE DROPS	1	
DORZOLAMIDE-TIMOLOL EYE DROPS	1	
DOTTI 0.025 MG PATCH	1	QL
DOTTI 0.0375 MG PATCH	1	QL
DOTTI 0.05 MG PATCH	1	QL
DOTTI 0.075 MG PATCH	1	QL
DOTTI 0.1 MG PATCH	1	QL
DOVATO 50-300 MG TABLET	3	QL
DOXAZOSIN 1 MG TABLET	1	
DOXAZOSIN 2 MG TABLET	1	
DOXAZOSIN 4 MG TABLET	1	
DOXAZOSIN 8 MG TABLET	1	
DOXEPIN 10 MG CAPSULE	1	
DOXEPIN 25 MG CAPSULE	1	
DOXEPIN 50 MG CAPSULE	1	
DOXEPIN 75 MG CAPSULE	1	
DOXEPIN 100 MG CAPSULE	1	
DOXEPIN 150 MG CAPSULE	1	
DOXEPIN 5% CREAM	3	QL
DOXEPIN 10 MG/ML ORAL CONCENTRATE	1	
DOXEPIN 3 MG TABLET	2	QL
DOXEPIN 6 MG TABLET	2	QL
DOXERCALCIFEROL 0.5 MCG CAPSULE	1	
DOXERCALCIFEROL 1 MCG CAPSULE	1	
DOXERCALCIFEROL 2.5 MCG CAPSULE	1	
DOXYCYCLINE HYCLATE 50 MG CAPSULE	1	

Nombre del medicamento	Nivel	Notas
DOXYCYCLINE HYCLATE 100 MG CAPSULE	1	
DOXYCYCLINE 25 MG/5 ML SUSPENSION	1	
DOXYCYCLINE HYCLATE 20 MG TABLET	1	
DOXYCYCLINE HYCLATE 100 MG TABLET	1	
DOXYCYCLINE MONOHYDRATE 50 MG CAPSULE	1	
DOXYCYCLINE MONOHYDRATE 75 MG CAPSULE	1	
DOXYCYCLINE MONOHYDRATE 100 MG CAPSULE	1	
DOXYCYCLINE MONOHYDRATE 150 MG CAPSULE	1	
DOXYCYCLINE MONOHYDRATE 50 MG TABLET	1	
DOXYCYCLINE MONOHYDRATE 75 MG TABLET	1	
DOXYCYCLINE MONOHYDRATE 100 MG TABLET	1	
DOXYCYCLINE MONOHYDRATE 150 MG TABLET	1	
DRONABINOL 2.5 MG CAPSULE	3	
DRONABINOL 5 MG CAPSULE	3	
DRONABINOL 10 MG CAPSULE	3	
DROPLET 0.5 ML 29G 12.5MM(1/2)	2	
DROPLET 0.5 ML 30G 12.5MM(1/2)	2	
DROPLET INSULIN SYRINGE 0.3 ML 29G 12.5MM	2	
DROPLET INSULIN SYRINGE 0.3 ML 30G 6MM	2	
DROPLET INSULIN SYRINGE 0.3 ML 30G 8MM	2	
DROPLET INSULIN SYRINGE 0.3 ML 31G 6MM	2	
DROPLET INSULIN SYRINGE 0.3 ML 31G 8MM	2	
DROPLET INSULIN SYRINGE 0.3ML 30G 12.5MM	2	
DROPLET INSULIN SYRINGE 0.5ML 30G 6MM(1/2)	2	
DROPLET INSULIN SYRINGE 0.5ML 30G 8MM(1/2)	2	
DROPLET INSULIN SYRINGE 0.5ML 31G 6MM(1/2)	2	
DROPLET INSULIN SYRINGE 0.5ML 31G 8MM(1/2)	2	
DROPLET INSULIN SYRINGE 1 ML 29G 12.5MM	2	
DROPLET INSULIN SYRINGE 1 ML 30G 12.5MM	2	
DROPLET INSULIN SYRINGE 1 ML 30G 6MM	2	
DROPLET INSULIN SYRINGE 1 ML 30G 8MM	2	
DROPLET INSULIN SYRINGE 1 ML 31G 6MM	2	
DROPLET INSULIN SYRINGE 1 ML 31G 8MM	2	
DROPLET MICRON 34G 9/64"	2	
DROPLET PEN NEEDLE 29G 1/2"	2	
DROPLET PEN NEEDLE 29G 3/8"	2	
DROPLET PEN NEEDLE 30G 5/16"	2	
DROPLET PEN NEEDLE 31G 1/4"	2	
DROPLET PEN NEEDLE 31G 3/16"	2	
DROPLET PEN NEEDLE 31G 5/16"	2	
DROPLET PEN NEEDLE 32G 1/4"	2	

Lista de medicamentos con receta de 4 niveles de Cigna Plus Texas para 2025

Nombre del medicamento	Nivel	Notas
DROPLET PEN NEEDLE 32G 3/16"	2	
DROPLET PEN NEEDLE 32G 5/16"	2	
DROPLET PEN NEEDLE 32G 5/32"	2	
DROPSAFE INSULIN 1ML 29G 12.5MM	2	
DROPSAFE INSULIN SYRINGE 0.3ML 31G 6MM	2	
DROPSAFE INSULIN SYRINGE 0.3ML 31G 8MM	2	
DROPSAFE INSULIN SYRINGE 0.5ML 31G 6MM	2	
DROPSAFE INSULIN SYRINGE 0.5ML 31G 8MM	2	
DROPSAFE INSULIN SYRINGE 1ML 31G 6MM	2	
DROPSAFE INSULIN SYRINGE 1ML 31G 8MM	2	
DROPSAFE PEN NEEDLE 31G 1/4"	2	
DROPSAFE PEN NEEDLE 31G 3/16"	2	
DROPSAFE PEN NEEDLE 31G 5/16"	2	
DROPSAFE SICURA NEEDLE 25G 25MM	2	
DROSPIRENONE-ETHINYL ESTRADIOL 3-0.02 MG TABLET	1	
DROSPIRENONE-ETHINYL ESTRADIOL 3-0.03 MG TABLET	1	
DROSPIRENONE-ETHINYL ESTRADIOL-LEVOMEFOLATE 3-0.02-0.451 TABLET	1	
DROSPIRENONE-ETHINYL ESTRADIOL-LEVOMEFOLATE 3-0.03-0.451 TABLET	1	
DROXIA 200 MG CAPSULE	3	
DROXIA 300 MG CAPSULE	3	
DROXIA 400 MG CAPSULE	3	
DRUG MART ULTRA COMFORT SYRINGE	2	
DUAVEE 0.45-20 MG TABLET	3	
DULERA 50 MCG-5 MCG INHALER	2	QL
DULERA 100 MCG-5 MCG INHALER	2	QL
DULERA 200 MCG-5 MCG INHALER	2	QL
DULOXETINE DR 20 MG CAPSULE	1	QL
DULOXETINE DR 30 MG CAPSULE	1	QL
DULOXETINE DR 60 MG CAPSULE	1	QL
DUPIXENT 200 MG/1.14 ML PEN	4	PA, SRX
DUPIXENT 300 MG/2 ML PEN	4	PA, SRX
DUPIXENT 100 MG/0.67 ML SYRINGE	4	PA, SRX
DUPIXENT 200 MG/1.14 ML SYRINGE	4	PA, SRX
DUPIXENT 300 MG/2 ML SYRINGE	4	PA, SRX
DUTASTERIDE 0.5 MG CAPSULE	1	
DUTASTERIDE-TAMSULOSIN 0.5-0.4 MG CAPSULE	1	
EASIVENT HOLDING CHAMBER	2	QL
EASIVENT MASK-LARGE	2	QL

Nombre del medicamento	Nivel	Notas
EASIVENT MASK-MEDIUM	2	QL
EASIVENT MASK-SMALL	2	QL
EASY COMFORT 0.3 ML 31G 1/2" SYRINGE	2	
EASY COMFORT 0.3 ML 31G 5/16" SYRINGE	2	
EASY COMFORT 0.3 ML SYRINGE	2	
EASY COMFORT 0.5 ML 30G 1/2"	2	
EASY COMFORT 0.5 ML 31G 5/16"	2	
EASY COMFORT 0.5 ML 32G 5/16"	2	
EASY COMFORT 0.5 ML SYRINGE	2	
EASY COMFORT 1 ML 31G 5/16"	2	
EASY COMFORT 1 ML 32G 5/16"	2	
EASY COMFORT INSULIN 1 ML SYRINGE	2	
EASY COMFORT PEN NEEDLE 31G 1/4"	2	
EASY COMFORT PEN NEEDLE 31G 3/16"	2	
EASY COMFORT PEN NEEDLE 31G 5/16"	2	
EASY COMFORT PEN NEEDLE 32G 5/32"	2	
EASY COMFORT PEN NEEDLE 33G 4MM	2	
EASY COMFORT PEN NEEDLE 33G 5MM	2	
EASY COMFORT PEN NEEDLE 33G 6MM	2	
EASY COMFORT SAFETY PEN NEEDLE 31G 5MM	2	
EASY COMFORT SAFETY PEN NEEDLE 31G 6MM	2	
EASY COMFORT SAFETY PEN NEEDLE 32G 4MM	2	
EASY COMFORT SYRINGE 1 ML 30G 1/2"	2	
EASY GLIDE INSULIN SYRINGE 0.3 ML 31G 6MM	2	
EASY GLIDE INSULIN SYRINGE 0.5 ML 31G 6MM	2	
EASY GLIDE INSULIN SYRINGE 1 ML 31G 6MM	2	
EASY GLIDE PEN NEEDLE 4MM 33G	2	
EASY PLUS II CONTROL SOLUTION HIGH	2	
EASY PLUS II CONTROL SOLUTION LOW	2	
EASY STEP CONTROL SOLUTION-HIGH	2	
EASY STEP CONTROL SOLUTION-LOW	2	
EASY STEP CONTROL SOLUTION-NORMAL	2	
EASY TALK CONTROL SOLUTION LOW	2	
EASY TALK HIGH CONTROL SOLUTION	2	
EASY TALK PLUS II HIGH CONTROL	2	
EASY TALK PLUS II LOW CONTROL SOLUTION	2	
EASY TOUCH 0.3 ML SYRINGE 30G 1/2"	2	
EASY TOUCH 0.5 ML SYRINGE 27G 1/2"	2	
EASY TOUCH 0.5 ML SYRINGE 29G 1/2"	2	
EASY TOUCH 0.5 ML SYRINGE 30G 1/2"	2	
EASY TOUCH 0.5 ML SYRINGE 30G 5/16"	2	

Lista de medicamentos con receta de 4 niveles de Cigna Plus Texas para 2025

Nombre del medicamento	Nivel	Notas
EASY TOUCH 1 ML SYRINGE 27G 1/2"	2	
EASY TOUCH 1 ML SYRINGE 29G 1/2"	2	
EASY TOUCH 1 ML SYRINGE 30G 1/2"	2	
EASY TOUCH BLU LINK CONTROL SOLUTION	2	
EASY TOUCH FLIPLOCK NEEDLE 18G 1"	2	
EASY TOUCH FLIPLOCK NEEDLE 18G 1.5"	2	
EASY TOUCH FLIPLOCK NEEDLE 19G 1"	2	
EASY TOUCH FLIPLOCK NEEDLE 19G 1.5"	2	
EASY TOUCH FLIPLOCK NEEDLE 20G 1"	2	
EASY TOUCH FLIPLOCK NEEDLE 20G 1.5"	2	
EASY TOUCH FLIPLOCK NEEDLE 21G 1"	2	
EASY TOUCH FLIPLOCK NEEDLE 21G 1.5"	2	
EASY TOUCH FLIPLOCK NEEDLE 22G 1"	2	
EASY TOUCH FLIPLOCK NEEDLE 22G 1.5"	2	
EASY TOUCH FLIPLOCK NEEDLE 22G 3/4"	2	
EASY TOUCH FLIPLOCK NEEDLE 23G 1"	2	
EASY TOUCH FLIPLOCK NEEDLE 23G 1.5"	2	
EASY TOUCH FLIPLOCK NEEDLE 23G 5/8"	2	
EASY TOUCH FLIPLOCK NEEDLE 25G 1"	2	
EASY TOUCH FLIPLOCK NEEDLE 25G 1.5"	2	
EASY TOUCH FLIPLOCK NEEDLE 25G 5/8"	2	
EASY TOUCH FLIPLOCK NEEDLE 26G 1"	2	
EASY TOUCH FLIPLOCK NEEDLE 26G 1/2"	2	
EASY TOUCH FLIPLOCK NEEDLE 27G 1"	2	
EASY TOUCH FLIPLOCK NEEDLE 27G 1/2"	2	
EASY TOUCH FLIPLOCK NEEDLE 28G 1/2"	2	
EASY TOUCH FLIPLOCK NEEDLE 29G 1/2"	2	
EASY TOUCH FLIPLOCK NEEDLE 30G 1/2"	2	
EASY TOUCH FLIPLOCK NEEDLE 30G 5/16"	2	
EASY TOUCH FLIPLOCK NEEDLE 31G 5/16"	2	
EASY TOUCH HIGH-LOW CONTROL SOLUTION	2	
EASY TOUCH HYPODERMIC 16G 1"	2	
EASY TOUCH HYPODERMIC 16G 1.5"	2	
EASY TOUCH HYPODERMIC 18G 1"	2	
EASY TOUCH HYPODERMIC 18G 1.25"	2	
EASY TOUCH HYPODERMIC 18G 1.5"	2	
EASY TOUCH HYPODERMIC 19G 1"	2	
EASY TOUCH HYPODERMIC 19G 1.5"	2	
EASY TOUCH HYPODERMIC 20G 1"	2	
EASY TOUCH HYPODERMIC 20G 1.5"	2	
EASY TOUCH HYPODERMIC 21G 1"	2	

Nombre del medicamento	Nivel	Notas
EASY TOUCH HYPODERMIC 21G 1.5"	2	
EASY TOUCH HYPODERMIC 22G 1"	2	
EASY TOUCH HYPODERMIC 22G 1.5"	2	
EASY TOUCH HYPODERMIC 23G 1"	2	
EASY TOUCH HYPODERMIC 23G 1.25"	2	
EASY TOUCH HYPODERMIC 23G 1.5"	2	
EASY TOUCH HYPODERMIC 23G 3/4"	2	
EASY TOUCH HYPODERMIC 24G 1"	2	
EASY TOUCH HYPODERMIC 24G 1.25"	2	
EASY TOUCH HYPODERMIC 25G 1"	2	
EASY TOUCH HYPODERMIC 25G 1.5"	2	
EASY TOUCH HYPODERMIC 25G 5/8"	2	
EASY TOUCH HYPODERMIC 26G 1/2"	2	
EASY TOUCH HYPODERMIC 26G 3/8"	2	
EASY TOUCH HYPODERMIC 26G 5/8"	2	
EASY TOUCH HYPODERMIC 27G 1.25"	2	
EASY TOUCH HYPODERMIC 27G 1.5"	2	
EASY TOUCH HYPODERMIC 27G 1/2"	2	
EASY TOUCH HYPODERMIC 30G 1"	2	
EASY TOUCH HYPODERMIC 30G 1/2"	2	
EASY TOUCH HYPODERMIC 31G 5/16"	2	
EASY TOUCH HYPODERMIC 32G 5/16"	2	
EASY TOUCH INSULIN SYRINGE 0.3 ML	2	
EASY TOUCH INSULIN SYRINGE 0.5 ML	2	
EASY TOUCH INSULIN SYRINGE 1 ML	2	
EASY TOUCH INSULIN SYRINGE 1ML 29G 1/2"	2	
EASY TOUCH INSULIN SYRINGE 1ML 30G 1/2"	2	
EASY TOUCH INSULIN SYRINGE 1ML 30G 5/16"	2	
EASY TOUCH INSULIN SYRINGE 1ML 31G 5/16"	2	
EASY TOUCH LUER LOK INSULIN SYRINGE 1 ML	2	
EASY TOUCH PEN NEEDLE 29G 1/2"	2	
EASY TOUCH PEN NEEDLE 30G 5/16"	2	
EASY TOUCH PEN NEEDLE 31G 1/4"	2	
EASY TOUCH PEN NEEDLE 31G 3/16"	2	
EASY TOUCH PEN NEEDLE 31G 5/16"	2	
EASY TOUCH PEN NEEDLE 32G 1/4"	2	
EASY TOUCH PEN NEEDLE 32G 3/16"	2	
EASY TOUCH PEN NEEDLE 32G 5/32"	2	
EASY TOUCH SAFETY PEN NEEDLE 29G 5MM	2	
EASY TOUCH SAFETY PEN NEEDLE 29G 8MM	2	
EASY TOUCH SAFETY PEN NEEDLE 30G 5MM	2	

Lista de medicamentos con receta de 4 niveles de Cigna Plus Texas para 2025

Nombre del medicamento	Nivel	Notas
EASY TOUCH SAFETY PEN NEEDLE 30G 8MM	2	
EASY TOUCH SYRINGE 0.5ML 27G 12.7MM	2	
EASY TOUCH SYRINGE 0.5ML 28G 12.7MM	2	
EASY TOUCH SYRINGE 0.5ML 29G 12.7MM	2	
EASY TOUCH SYRINGE 1 ML 27G 12.7MM	2	
EASY TOUCH SYRINGE 1 ML 27G 16MM	2	
EASY TOUCH SYRINGE 1 ML 28G 12.7MM	2	
EASY TOUCH SYRINGE 1 ML 29G 12.7MM	2	
EASY TOUCH SYRINGE 3 ML 20G 1"	2	
EASY TOUCH SYRINGE 3 ML 21G 1"	2	
EASY TOUCH SYRINGE 3 ML 22G 1"	2	
EASY TOUCH SYRINGE 3 ML 22G 1-1/2"	2	
EASY TOUCH SYRINGE 3 ML 23G 1"	2	
EASY TOUCH SYRINGE 3 ML 25G 1"	2	
EASY TOUCH SYRINGE 3 ML 25G 5/8"	2	
EASY TOUCH UNI-SLIP SYRINGE 1 ML	2	
EASY TRAK CONTROL SOLUTION HIGH	2	
EASY TRAK CONTROL SOLUTION LOW	2	
EASY TRAK II CONTROL SOLUTION-NORMAL	2	
EASYGLUCO PLUS CONTROL SOLUTION NORMAL	2	
EASYMAX 15 LEVEL 2 SOLUTION	2	
EASYMAX NORMAL CONTROL SOLUTION	2	
EASYPPOINT NEEDLE 18G 1"	2	
EASYPPOINT NEEDLE 18G 1-1/2"	2	
EASYPPOINT NEEDLE 20G 1"	2	
EASYPPOINT NEEDLE 20G 1-1/2"	2	
EASYPPOINT NEEDLE 21G 1"	2	
EASYPPOINT NEEDLE 21G 1-1/2"	2	
EASYPPOINT NEEDLE 22G 1"	2	
EASYPPOINT NEEDLE 22G 1-1/2"	2	
EASYPPOINT NEEDLE 23G 1"	2	
EASYPPOINT NEEDLE 25G 1.5"	2	
EASYPPOINT NEEDLE 25G 5/8"	2	
EASYPPOINT NEEDLE 25G 1"	2	
EASYPPOINT NEEDLE 25G 16MM	2	
EASYTOUCH SAFETY PEN NEEDLE 30G 6MM	2	
EC-NAPROXEN DR 375 MG TABLET	1	
EC-NAPROXEN DR 500 MG TABLET	1	
ECONAZOLE 1% CREAM	1	
ECONTRA EZ 1.5 MG TABLET	1	
ECONTRA ONE-STEP 1.5 MG TABLET	1	

Nombre del medicamento	Nivel	Notas
ED-SPAZ 0.125 MG ODT TABLET	1	
EDURANT 25 MG TABLET	2	
EEMT DS 1.25-2.5 MG TABLET	1	
EEMT HS 0.625-1.25 MG TABLET	1	
EFAVIRENZ 50 MG CAPSULE	1	
EFAVIRENZ 200 MG CAPSULE	1	
EFAVIRENZ 600 MG TABLET	1	
EFAVIRENZ-EMTRICITABINE-TENOFOVIR 600-200-300 MG TABLET	3	QL
EFAVIRENZ-LAMIVUDINE-TENOFOVIR 400-300-300 MG TABLET	2	QL
EFAVIRENZ-LAMIVUDINE-TENOFOVIR 600-300-300 MG TABLET	2	QL
EFFER-K 10 MEQ EFFERVESCENT TABLET	3	
EFFER-K 20 MEQ EFFERVESCENT TABLET	3	
ELEMENT COMPACT SOLUTION HIGH	2	
ELEMENT COMPACT SOLUTION NORMAL	2	
ELEMENT CONTROL SOLUTION HIGH	2	
ELEMENT CONTROL SOLUTION LOW	2	
ELEMENT CONTROL SOLUTION NORMAL	2	
ELETRIPTAN 20 MG TABLET	2	QL
ELETRIPTAN 40 MG TABLET	2	QL
ELINEST-28 TABLET	1	
ELIQUIS 2.5 MG TABLET	2	QL
ELIQUIS 5 MG TABLET	2	QL
ELIQUIS DVT-PE 5 MG STARTER PACK	2	QL
ELITE-OB TABLET	1	
ELLA 30 MG TABLET	3	
ELMIRON 100 MG CAPSULE	3	
ELURYNG VAGINAL RING	1	
EMBRACE EVO LEVEL 1 CONTROL SOLUTION	2	
EMBRACE GLUCOSE CONTROL SOLUTION HIGH	2	
EMBRACE GLUCOSE CONTROL SOLUTION LOW	2	
EMBRACE PEN NEEDLE 29G 12MM	2	
EMBRACE PEN NEEDLE 30G 5MM	2	
EMBRACE PEN NEEDLE 30G 8MM	2	
EMBRACE PEN NEEDLE 31G 5MM	2	
EMBRACE PEN NEEDLE 31G 6MM	2	
EMBRACE PEN NEEDLE 31G 8MM	2	
EMBRACE PEN NEEDLE 32G 4MM	2	
EMBRACE PRO CONTROL SOLUTION	2	
EMBRACE TALK CONTROL SOLUTION-HIGH(L2)	2	

Lista de medicamentos con receta de 4 niveles de Cigna Plus Texas para 2025

Nombre del medicamento	Nivel	Notas
EMBRACE TALK CONTROL SOLUTION-LOW(L1)	2	
EMCYT 140 MG CAPSULE	4	SRX
EMEND 125 MG POWDER PACKET	4	PA, QL, SRX
EMGALITY 120 MG/ML PEN	2	PA
EMGALITY 100 MG/ML SYRINGE(1 OF 3)	2	PA
EMGALITY 120 MG/ML SYRINGE	2	PA
EMGALITY 300 MG (100 MG X3SYRINGE)	2	PA
EMOQUETTE 28 DAY TABLET	1	
EMTRICITABINE 200 MG CAPSULE	1	
EMTRICITABINE-TENOFOVIR 100-150 MG TABLET	1	
EMTRICITABINE-TENOFOVIR 133-200 MG TABLET	1	
EMTRICITABINE-TENOFOVIR 167-250 MG TABLET	1	
EMTRICITABINE-TENOFOVIR 200-300 MG TABLET	1	
EMTRIVA 10 MG/ML ORAL SOLUTION	2	
EMVERM 100 MG CHEWABLE TABLET	3	
EMZAHH 0.35 MG TABLET	1	
ENALAPRIL 2.5 MG TABLET	1	
ENALAPRIL 5 MG TABLET	1	
ENALAPRIL 10 MG TABLET	1	
ENALAPRIL 20 MG TABLET	1	
ENALAPRIL-HCTZ 5-12.5 MG TABLET	1	
ENALAPRIL-HCTZ 10-25 MG TABLET	1	
ENBREL 50 MG/ML MINI CARTRIDGE	4	PA, QL, SRX
ENBREL 50 MG/ML SURECLICK	4	PA, QL, SRX
ENBREL 25 MG/0.5 ML SYRINGE	4	PA, QL, SRX
ENBREL 50 MG/ML SYRINGE	4	PA, QL, SRX
ENBREL 25 MG/0.5 ML VIAL	4	PA, QL, SRX
ENDOCET 2.5-325 MG TABLET	1	PA
ENDOCET 5-325 MG TABLET	1	PA
ENDOCET 7.5-325 MG TABLET	1	PA
ENDOCET 10-325 MG TABLET	1	PA
ENDOMETRIN 100 MG VAGINAL INSERT	3	PA
ENERGIX-B 20 MCG/ML SYRINGE	2	
ENERGIX-B 20 MCG/ML VIAL	2	
ENERGIX-B PEDI 10 MCG/0.5 SYRINGE	2	
ENILLORING VAGINAL RING	1	
ENLITE SERTER	2	
ENLYTE SOFTGEL	3	
ENOXAPARIN 30 MG/0.3 ML SYRINGE	4	QL, SRX
ENOXAPARIN 40 MG/0.4 ML SYRINGE	4	QL, SRX
ENOXAPARIN 60 MG/0.6 ML SYRINGE	4	QL, SRX

Nombre del medicamento	Nivel	Notas
ENOXAPARIN 80 MG/0.8 ML SYRINGE	4	QL, SRX
ENOXAPARIN 100 MG/ML SYRINGE	4	QL, SRX
ENOXAPARIN 120 MG/0.8 ML SYRINGE	4	QL, SRX
ENOXAPARIN 150 MG/ML SYRINGE	4	QL, SRX
ENOXAPARIN 300 MG/3 ML VIAL	4	QL, SRX
ENPRESSE-28 TABLET	1	
ENSKYCE 28 TABLET	1	
ENTACAPONE 200 MG TABLET	1	
ENTECAVIR 0.5 MG TABLET	4	SRX
ENTECAVIR 1 MG TABLET	4	SRX
ENTRESTO 24 MG-26 MG TABLET	2	QL
ENTRESTO 49 MG-51 MG TABLET	2	QL
ENTRESTO 97 MG-103 MG TABLET	2	QL
ENULOSE 10 GM/15 ML ORAL SOLUTION	1	
EPCLUSA 150-37.5 MG PELLET PACKET	4	PA, QL, SRX
EPCLUSA 200-50 MG PELLET PACKET	4	PA, QL, SRX
EPCLUSA 200 MG-50 MG TABLET	4	PA, QL, SRX
EPCLUSA 400 MG-100 MG TABLET	4	PA, QL, SRX
EPIDIOLEX 100 MG/ML ORAL SOLUTION	3	PA, LDD
EPIDIOLEX 100 MG/ML ORAL SOLUTION PACK	3	PA, LDD
EPIFOAM FOAM	3	
EPINASTINE 0.05% EYE DROPS	1	
EPINEPHRINE 0.15 MG AUTO-INJECTOR	1	QL
EPINEPHRINE 0.3 MG AUTO-INJECTOR	1	QL
EPITOL 200 MG TABLET	1	
EPLERENONE 25 MG TABLET	1	
EPLERENONE 50 MG TABLET	1	
EPROSARTAN 600 MG TABLET	1	
EQ SPACE CHAMBER	2	QL
EQ SPACE CHAMBER-LARGE MASK	2	QL
EQ SPACE CHAMBER-MEDIUM MASK	2	QL
EQ SPACE CHAMBER-SMALL MASK	2	QL
EQL INSULIN 0.3 ML SYRINGE	2	
EQL INSULIN 0.5 ML SYRINGE	2	
EQL INSULIN 1 ML SYRINGE	2	
EQL INSULIN SYRINGE 0.3 ML 31G 5/16"	2	
EQL INSULIN SYRINGE 0.5 ML 31G 5/16"	2	
EQL INSULIN SYRINGE 1 ML 29G 1/2"	2	
EQL INSULIN SYRINGE 1 ML 31G 5/16"	2	
EQL PEN 8MM 31G 5/16" NEEDLE	2	
ERGOLOID MESYLATES 1 MG TABLET	1	

Lista de medicamentos con receta de 4 niveles de Cigna Plus Texas para 2025

Nombre del medicamento	Nivel	Notas
ERIVEDGE 150 MG CAPSULE	4	PA, QL, LDD, SRX
ERLOTINIB 25 MG TABLET	4	PA, SRX
ERLOTINIB 100 MG TABLET	4	PA, SRX
ERLOTINIB 150 MG TABLET	4	PA, SRX
ERRIN 0.35 MG TABLET	1	
ERTACZO 2% CREAM	3	
ERY 2% PADS	1	
ERYTHROCIN 250 MG TABLET	3	
ERYTHROMYCIN 0.5% EYE OINTMENT	1	
ERYTHROMYCIN 2% GEL	1	
ERYTHROMYCIN 2% TOPICAL SOLUTION	1	
ERYTHROMYCIN 200 MG/5 ML SUSPENSION	2	
ERYTHROMYCIN 400 MG/5 ML SUSPENSION	2	
ERYTHROMYCIN 250 MG TABLET	1	
ERYTHROMYCIN 500 MG TABLET	1	
ERYTHROMYCIN DR 250 MG CAPSULE	1	
ERYTHROMYCIN ES 400 MG TABLET	2	
ERYTHROMYCIN-BENZOYL GEL	2	
ESCITALOPRAM 5 MG/5 ML ORAL SOLUTION	1	QL
ESCITALOPRAM 5 MG TABLET	1	QL
ESCITALOPRAM 10 MG TABLET	1	QL
ESCITALOPRAM 20 MG TABLET	1	QL
ESOMEPRAZOLE DR 20 MG CAPSULE	1	QL
ESOMEPRAZOLE DR 40 MG CAPSULE	1	QL
ESOMEPRAZOLE DR 49.3 MG CAPSULE	1	QL
ESOMEPRAZOLE DR 10 MG PACKET	2	QL
ESOMEPRAZOLE DR 20 MG PACKET	2	QL
ESOMEPRAZOLE DR 40 MG PACKET	2	QL
ESTARYLLA 0.25-0.035 MG TABLET	1	
ETAZOLAM 1 MG TABLET	1	
ETAZOLAM 2 MG TABLET	1	
ESTRADIOL 0.01% CREAM	1	
ESTRADIOL 0.025 MG PATCH (1/WK)	1	QL
ESTRADIOL 0.025 MG PATCH (2/WK)	1	QL
ESTRADIOL 0.0375 MG PATCH (1/WK)	1	QL
ESTRADIOL 0.0375 MG PATCH (2/WK)	1	QL
ESTRADIOL 0.05 MG PATCH (1/WK)	1	QL
ESTRADIOL 0.05 MG PATCH (2/WK)	1	QL
ESTRADIOL 0.06 MG PATCH (1/WK)	1	QL
ESTRADIOL 0.075 MG PATCH (1/WK)	1	QL
ESTRADIOL 0.075 MG PATCH (2/WK)	1	QL

Nombre del medicamento	Nivel	Notas
ESTRADIOL 0.1 MG PATCH (1/WK)	1	QL
ESTRADIOL 0.1 MG PATCH (2/WK)	1	QL
ESTRADIOL 0.5 MG TABLET	1	
ESTRADIOL 1 MG TABLET	1	
ESTRADIOL 2 MG TABLET	1	
ESTRADIOL 10 MCG VAGINAL INSERT TABLET	1	QL
ESTRADIOL-NORETHINDRONE 0.5-0.1 MG TABLET	1	
ESTRADIOL-NORETHINDRONE 1-0.5 MG TABLET	1	
ESTROGEN-METHYLTESTOSTERONE F.S. TABLET	1	
ESTROGEN-METHYLTESTOSTERONE H.S. TABLET	1	
ESZOPICLONE 1 MG TABLET	1	
ESZOPICLONE 2 MG TABLET	1	
ESZOPICLONE 3 MG TABLET	1	
ETHAMBUTOL 100 MG TABLET	1	
ETHAMBUTOL 400 MG TABLET	1	
ETHOSUXIMIDE 250 MG CAPSULE	1	
ETHOSUXIMIDE 250 MG/5 ML ORAL SOLUTION	1	
ETHYL CHLORIDE SPRAY	1	
ETHYNODIOL-ETHINYL ESTRADIOL 1 MG-35 MCG TABLET	1	
ETHYNODIOL-ETHINYL ESTRADIOL 1 MG-50 MCG TABLET	1	
ETODOLAC 200 MG CAPSULE	1	
ETODOLAC 300 MG CAPSULE	1	
ETODOLAC 400 MG TABLET	1	
ETODOLAC 500 MG TABLET	1	
ETODOLAC ER 400 MG TABLET	1	
ETODOLAC ER 500 MG TABLET	1	
ETODOLAC ER 600 MG TABLET	1	
ETONOGESTREL-ETHINYL ESTRADIOL VAGINAL RING	1	
ETOPOSIDE 50 MG CAPSULE	4	SRX
ETRAVIRINE 100 MG TABLET	1	
ETRAVIRINE 200 MG TABLET	1	
EURAX 10% CREAM	3	
EUTHYROX 25 MCG TABLET	1	
EUTHYROX 50 MCG TABLET	1	
EUTHYROX 75 MCG TABLET	1	
EUTHYROX 88 MCG TABLET	1	
EUTHYROX 100 MCG TABLET	1	
EUTHYROX 112 MCG TABLET	1	
EUTHYROX 125 MCG TABLET	1	
EUTHYROX 137 MCG TABLET	1	

Lista de medicamentos con receta de 4 niveles de Cigna Plus Texas para 2025

Nombre del medicamento	Nivel	Notas
EUTHYROX 150 MCG TABLET	1	
EUTHYROX 175 MCG TABLET	1	
EUTHYROX 200 MCG TABLET	1	
EVENCARE G2 CONTROL SOLUTION	2	
EVENCARE G3 CONTROL SOLUTION	2	
EVEROLIMUS 0.25 MG TABLET	4	SRX
EVEROLIMUS 0.5 MG TABLET	4	SRX
EVEROLIMUS 0.75 MG TABLET	4	SRX
EVEROLIMUS 1 MG TABLET	4	SRX
EVEROLIMUS 2.5 MG TABLET	4	PA, QL, SRX
EVEROLIMUS 5 MG TABLET	4	PA, QL, SRX
EVEROLIMUS 7.5 MG TABLET	4	PA, QL, SRX
EVEROLIMUS 10 MG TABLET	4	PA, QL, SRX
EVEROLIMUS 2 MG TABLET FOR SUSPENSION	4	PA, QL, SRX
EVEROLIMUS 3 MG TABLET FOR SUSPENSION	4	PA, QL, SRX
EVEROLIMUS 5 MG TABLET FOR SUSPENSION	4	PA, QL, SRX
EVOLUTION CONTROL SOLUTION NORMAL	2	
EVOTAZ 300 MG-150 MG TABLET	2	
EXEL 3 ML SYRINGE 27G 1-1/4"	2	
EXEL HUBER 22G 3/4" NEEDLE	2	
EXEL HUBER NEEDLE 22G 1"	2	
EXEL HYPO NEEDLE 16G 1"	2	
EXEL HYPO NEEDLE 18G 1"	2	
EXEL HYPO NEEDLE 18G 1.5"	2	
EXEL HYPO NEEDLE 19G 1"	2	
EXEL HYPO NEEDLE 19G 1.5"	2	
EXEL HYPO NEEDLE 20G 0.75"	2	
EXEL HYPO NEEDLE 20G 1"	2	
EXEL HYPO NEEDLE 20G 1.5"	2	
EXEL HYPO NEEDLE 21G 1"	2	
EXEL HYPO NEEDLE 21G 1.5"	2	
EXEL HYPO NEEDLE 22G 0.75"	2	
EXEL HYPO NEEDLE 22G 1"	2	
EXEL HYPO NEEDLE 22G 1.5"	2	
EXEL HYPO NEEDLE 23G 0.75"	2	
EXEL HYPO NEEDLE 23G 1"	2	
EXEL HYPO NEEDLE 25G 0.625"	2	
EXEL HYPO NEEDLE 25G 0.75"	2	
EXEL HYPO NEEDLE 25G 1"	2	
EXEL HYPO NEEDLE 25G 1.5"	2	
EXEL HYPO NEEDLE 26G 0.375"	2	

Nombre del medicamento	Nivel	Notas
EXEL HYPO NEEDLE 26G 0.5"	2	
EXEL HYPO NEEDLE 26G 0.625"	2	
EXEL HYPO NEEDLE 26G 1.5"	2	
EXEL HYPO NEEDLE 27G 0.5"	2	
EXEL HYPO NEEDLE 30G 0.5"	2	
EXEL INSULIN SYRINGE U100 1 ML 28G 1/2"	2	
EXEL MTI DRAWING NEEDLE 20G 1"	2	
EXEL MTI DRAWING NEEDLE 21G 1"	2	
EXEL MTI DRAWING NEEDLE 22G 1"	2	
EXEL SYRINGE 20G 1" 3 ML	2	
EXEL SYRINGE 20G 1-1/2" 3 ML	2	
EXEL SYRINGE 21G 1" 3 ML	2	
EXEL SYRINGE 21G 1-1/2" 3 ML	2	
EXEL SYRINGE 22G 1" 3 ML	2	
EXEL SYRINGE 22G 1-1/2" 3 ML	2	
EXEL SYRINGE 22G 3/4" 3 ML	2	
EXEL SYRINGE 23G 1" 3 ML	2	
EXEL SYRINGE 25G 1" 3 ML	2	
EXEL U100 0.3 ML 29G 1/2"	2	
EXEL U100 0.3 ML 30G 5/16"	2	
EXEL U100 0.5 ML 28G 1/2"	2	
EXEL U100 0.5 ML 29G 1/2"	2	
EXEL U100 0.5 ML 30G 5/16"	2	
EXEL U100 1 ML 30G 5/16"	2	
EXEL U100 INSULIN SYRINGE 1 ML 29G 1/2"	2	
EXEMESTANE 25 MG TABLET	1	
EXTENDED RESERVOIR 3 ML	2	
EZETIMIBE 10 MG TABLET	1	
EZETIMIBE-SIMVASTATIN 10-10 MG TABLET	1	
EZETIMIBE-SIMVASTATIN 10-20 MG TABLET	1	
EZETIMIBE-SIMVASTATIN 10-40 MG TABLET	1	
EZETIMIBE-SIMVASTATIN 10-80 MG TABLET	1	
FALMINA-28 TABLET	1	
FAMCICLOVIR 125 MG TABLET	1	
FAMCICLOVIR 250 MG TABLET	1	
FAMCICLOVIR 500 MG TABLET	1	
FAMOTIDINE 40 MG/5 ML SUSPENSION	1	
FAMOTIDINE 20 MG TABLET	1	
FAMOTIDINE 40 MG TABLET	1	
FARXIGA 5 MG TABLET	2	QL
FARXIGA 10 MG TABLET	2	QL

Lista de medicamentos con receta de 4 niveles de Cigna Plus Texas para 2025

Nombre del medicamento	Nivel	Notas
FEBUXOSTAT 40 MG TABLET	3	QL
FEBUXOSTAT 80 MG TABLET	3	QL
FELBAMATE 600 MG/5 ML SUSPENSION	3	
FELBAMATE 400 MG TABLET	3	
FELBAMATE 600 MG TABLET	3	
FELODIPINE ER 2.5 MG TABLET	1	
FELODIPINE ER 5 MG TABLET	1	
FELODIPINE ER 10 MG TABLET	1	
FEM PH VAGINAL JELLY	1	
FENOFIBRATE 43 MG CAPSULE	1	
FENOFIBRATE 50 MG CAPSULE	1	
FENOFIBRATE 67 MG CAPSULE	1	
FENOFIBRATE 130 MG CAPSULE	1	
FENOFIBRATE 134 MG CAPSULE	1	
FENOFIBRATE 150 MG CAPSULE	1	
FENOFIBRATE 200 MG CAPSULE	1	
FENOFIBRATE 40 MG TABLET	1	
FENOFIBRATE 48 MG TABLET	1	
FENOFIBRATE 54 MG TABLET	1	
FENOFIBRATE 120 MG TABLET	1	
FENOFIBRATE 145 MG TABLET	1	
FENOFIBRATE 160 MG TABLET	1	
FENOFIBRIC ACID 35 MG TABLET	1	
FENOFIBRIC ACID 105 MG TABLET	1	
FENOFIBRIC ACID DR 45 MG CAPSULE	1	
FENOFIBRIC ACID DR 135 MG CAPSULE	1	
FENOPROFEN 600 MG TABLET	2	
FENTANYL 12 MCG/HR PATCH	2	PA
FENTANYL 25 MCG/HR PATCH	2	PA
FENTANYL 37.5 MCG/HR PATCH	2	PA
FENTANYL 50 MCG/HR PATCH	2	PA
FENTANYL 62.5 MCG/HR PATCH	2	PA
FENTANYL 75 MCG/HR PATCH	2	PA
FENTANYL 87.5 MCG/HR PATCH	2	PA
FENTANYL 100 MCG/HR PATCH	2	PA
FENTANYL CITRATE OTFC 200 MCG LOZENGE	3	PA
FENTANYL CITRATE OTFC 400 MCG LOZENGE	3	PA
FENTANYL CITRATE OTFC 600 MCG LOZENGE	3	PA
FENTANYL CITRATE OTFC 800 MCG LOZENGE	3	PA
FENTANYL CITRATE OTFC 1,200 MCG LOZENGE	3	PA
FENTANYL CITRATE OTFC 1,600 MCG LOZENGE	3	PA

Nombre del medicamento	Nivel	Notas
FERRIPROX 100 MG/ML ORAL SOLUTION	3	PA, LDD
FESOTERODINE ER 4 MG TABLET	3	QL
FESOTERODINE ER 8 MG TABLET	3	QL
FETZIMA 20-40 MG TITRATION PACK	3	QL, ST
FETZIMA ER 20 MG CAPSULE	3	QL, ST
FETZIMA ER 40 MG CAPSULE	3	QL, ST
FETZIMA ER 80 MG CAPSULE	3	QL, ST
FETZIMA ER 120 MG CAPSULE	3	QL, ST
FIFTY50 GLUCOSE CONTROL SOLUTION	2	
FIFTY50 INSULIN SYRINGE 0.3 ML 31G 5/16"	2	
FIFTY50 INSULIN SYRINGE 0.5 ML 31G 5/16"	2	
FIFTY50 INSULIN SYRINGE 1 ML 31G 5/16"	2	
FIFTY50 PEN 31G 3/16" NEEDLE	2	
FIFTY50 PEN 31G 5/16" NEEDLE	2	
FIFTY50 PEN NEEDLE 32G 1/4"	2	
FIFTY50 PEN NEEDLE 32G 5/32"	2	
FILTER ASPIRATOR NEEDLE	2	
FILTER NEEDLE	2	
FILTER NEEDLE 19G 1-1/2"	2	
FILTER NEEDLE 5 MICRON	2	
FINASTERIDE 5 MG TABLET	1	
FINGOLIMOD 0.5 MG CAPSULE	4	PA, QL, SRX
FINZALA 1-0.02(24)-75 CHEWABLE TABLET	1	
FIRVANQ 25 MG/ML ORAL SOLUTION	2	QL
FIRVANQ 50 MG/ML ORAL SOLUTION	2	QL
FLAC OTIC OIL 0.01% EAR DROPS	1	
FLAVOXATE 100 MG TABLET	1	
FLECAINIDE 50 MG TABLET	1	
FLECAINIDE 100 MG TABLET	1	
FLECAINIDE 150 MG TABLET	1	
FLEXICHAMBER	2	QL
FLEXICHAMBER-LARGE CHILD MASK	2	QL
FLEXICHAMBER-SMALL ADULT MASK	2	QL
FLEXICHAMBER-SMALL CHILD MASK	2	QL
FLOW-EZE VENTED NEEDLE	2	
FLUAD	2	
FLUARIX	2	
FLUBLOK	2	
FLUCELVAX	2	
FLUCONAZOLE 10 MG/ML SUSPENSION	1	
FLUCONAZOLE 40 MG/ML SUSPENSION	1	

Lista de medicamentos con receta de 4 niveles de Cigna Plus Texas para 2025

Nombre del medicamento	Nivel	Notas
FLUCONAZOLE 50 MG TABLET	1	
FLUCONAZOLE 100 MG TABLET	1	
FLUCONAZOLE 150 MG TABLET	1	
FLUCONAZOLE 200 MG TABLET	1	
FLUCYTOSINE 250 MG CAPSULE	3	
FLUCYTOSINE 500 MG CAPSULE	3	
FLUDROCORTISONE 0.1 MG TABLET	1	
FLULAVAL	2	
FLUMIST	2	
FLUNISOLIDE 0.025% NASAL SPRAY	1	
FLUOCINOLONE 0.01% BODY OIL	1	
FLUOCINOLONE 0.01% CREAM	1	
FLUOCINOLONE 0.025% CREAM	1	
FLUOCINOLONE 0.025% OINTMENT	1	
FLUOCINOLONE 0.01% SCALP OIL	1	
FLUOCINOLONE 0.01% TOPICAL SOLUTION	1	
FLUOCINOLONE OIL 0.01% EAR DROPS	1	
FLUOCINONIDE 0.05% CREAM	1	
FLUOCINONIDE 0.1% CREAM	1	
FLUOCINONIDE 0.05% GEL	1	
FLUOCINONIDE 0.05% OINTMENT	1	
FLUOCINONIDE 0.05% TOPICAL SOLUTION	1	
FLUOCINONIDE-E 0.05% CREAM	1	
FLUORIDEX DAILY DEFENSE 1.1% TOOTHPASTE	1	
FLUORIDEX SENSITIVE RELIEF TOOTHPASTE	1	
FLUORIMAX 5000 1.1% TOOTHPASTE	1	
FLUOROMETHOLONE 0.1% EYE DROPS	1	
FLUOROURACIL 0.5% CREAM	3	
FLUOROURACIL 5% CREAM	1	
FLUOROURACIL 2% TOPICAL SOLUTION	1	
FLUOROURACIL 5% TOPICAL SOLUTION	1	
FLUOXETINE 10 MG CAPSULE	1	QL
FLUOXETINE 20 MG CAPSULE	1	QL
FLUOXETINE 40 MG CAPSULE	1	QL
FLUOXETINE 20 MG/5 ML ORAL SOLUTION	1	QL
FLUOXETINE DR 90 MG CAPSULE	1	QL
FLUPHENAZINE 2.5 MG/5 ML ELIXIR	1	
FLUPHENAZINE 5 MG/ML ORAL CONCENTRATE	1	
FLUPHENAZINE 1 MG TABLET	1	
FLUPHENAZINE 2.5 MG TABLET	1	
FLUPHENAZINE 5 MG TABLET	1	

Nombre del medicamento	Nivel	Notas
FLUPHENAZINE 10 MG TABLET	1	
FLURANDRENOLIDE 0.05% CREAM	3	
FLURANDRENOLIDE 0.05% LOTION	3	
FLURANDRENOLIDE 0.05% OINTMENT	3	
FLURAZEPAM 15 MG CAPSULE	1	
FLURAZEPAM 30 MG CAPSULE	1	
FLURBIPROFEN 0.03% EYE DROPS	1	
FLURBIPROFEN 100 MG TABLET	1	
FLUTAMIDE 125 MG CAPSULE	1	
FLUTICASONE 0.05% CREAM	1	
FLUTICASONE 0.05% LOTION	1	
FLUTICASONE 0.005% OINTMENT	1	
FLUTICASONE 50 MCG NASAL SPRAY	1	
FLUTICASONE-SALMETEROL 100-50 INHALER	1	QL
FLUTICASONE-SALMETEROL 250-50 INHALER	1	QL
FLUTICASONE-SALMETEROL 500-50 INHALER	1	QL
FLUVASTATIN 20 MG CAPSULE	2	
FLUVASTATIN 40 MG CAPSULE	2	
FLUVASTATIN ER 80 MG TABLET	2	
FLUVOXAMINE 25 MG TABLET	1	QL
FLUVOXAMINE 50 MG TABLET	1	QL
FLUVOXAMINE 100 MG TABLET	1	QL
FLUVOXAMINE ER 100 MG CAPSULE	1	QL
FLUVOXAMINE ER 150 MG CAPSULE	1	QL
FLUZONE	2	
FLUZONE HIGH-DOSE	2	
FOLIC ACID 1 MG TABLET	1	
FOLIVANE-OB CAPSULE	1	
FONDAPARINUX 2.5 MG/0.5 ML SYRINGE	4	QL, SRX
FONDAPARINUX 5 MG/0.4 ML SYRINGE	4	QL, SRX
FONDAPARINUX 7.5 MG/0.6 ML SYRINGE	4	QL, SRX
FONDAPARINUX 10 MG/0.8 ML SYRINGE	4	QL, SRX
FORA HIGH CONTROL SOLUTION	2	
FORA KETONE CONTROL SOLUTION-L1	2	
FORA LOW CONTROL SOLUTION	2	
FORA NORMAL CONTROL SOLUTION	2	
FORACARE GDH HIGH CONTROL SOLUTION	2	
FORACARE GDH LOW CONTROL SOLUTION	2	
FORACARE GDH NORMAL CONTROL SOLUTION	2	
FORMOTEROL 20 MCG/2 ML INHALATION SOLUTION	3	QL
FORTISCARE CONTROL SOLUTION HIGH	2	

Lista de medicamentos con receta de 4 niveles de Cigna Plus Texas para 2025

Nombre del medicamento	Nivel	Notas
FORTISCARE CONTROL SOLUTION LOW	2	
FORTISCARE CONTROL SOLUTION NORMAL	2	
FOSAMPRENAVIR 700 MG TABLET	1	
FOSFOMYCIN 3 GM SACHET	2	
FOSINOPRIL 10 MG TABLET	1	
FOSINOPRIL 20 MG TABLET	1	
FOSINOPRIL 40 MG TABLET	1	
FOSINOPRIL-HCTZ 10-12.5 MG TABLET	1	
FOSINOPRIL-HCTZ 20-12.5 MG TABLET	1	
FOSRENOL 750 MG POWDER PACKET	3	
FOSRENOL 1,000 MG POWDER PACKET	3	
FRAGMIN 2,500 UNIT/0.2 ML SYRINGE	4	QL, SRX
FRAGMIN 5,000 UNIT/0.2 ML SYRINGE	4	QL, SRX
FRAGMIN 7,500 UNIT/0.3 ML SYRINGE	4	QL, SRX
FRAGMIN 10,000 UNIT/ML SYRINGE	4	QL, SRX
FRAGMIN 12,500 UNIT/0.5 ML SYRINGE	4	QL, SRX
FRAGMIN 15,000 UNIT/0.6 ML SYRINGE	4	QL, SRX
FRAGMIN 18,000 UNIT/0.72 ML SYRINGE	4	QL, SRX
FRAGMIN 10,000 UNIT/4 ML VIAL	4	QL, SRX
FRAGMIN 95,000 UNIT/3.8 ML VIAL	4	QL, SRX
FREESTYLE CONTROL SOLUTION	2	
FREESTYLE LIBRE 2 READER	2	PA, QL
FREESTYLE LIBRE 3 READER	2	PA, QL
FREESTYLE LIBRE 14 DAY READER	2	PA, QL
FREESTYLE LIBRE 2 SENSOR	2	PA, QL
FREESTYLE LIBRE 3 SENSOR	2	PA, QL
FREESTYLE LIBRE 14 DAY SENSOR	2	PA, QL
FREESTYLE PRECISION 0.5 ML 30G 5/16"	2	
FREESTYLE PRECISION 0.5 ML 31G 5/16"	2	
FREESTYLE PRECISION 1 ML 30G 5/16"	2	
FREESTYLE PRECISION 1 ML 31G 5/16"	2	
FROVATRIPTAN 2.5 MG TABLET	2	QL
FUROSEMIDE 10 MG/ML ORAL SOLUTION	1	
FUROSEMIDE 40 MG/5 ML ORAL SOLUTION	1	
FUROSEMIDE 20 MG TABLET	1	
FUROSEMIDE 40 MG TABLET	1	
FUROSEMIDE 80 MG TABLET	1	
FUZEON 90 MG VIAL	4	SRX
FYAVOLV 0.5 MG-2.5 MCG TABLET	1	
FYAVOLV 1 MG-5 MCG TABLET	1	
FYCOMPA 2 MG TABLET	3	PA, QL

Nombre del medicamento	Nivel	Notas
FYCOMPA 4 MG TABLET	3	PA, QL
FYCOMPA 6 MG TABLET	3	PA, QL
FYCOMPA 8 MG TABLET	3	PA, QL
FYCOMPA 10 MG TABLET	3	PA, QL
FYCOMPA 12 MG TABLET	3	PA, QL
GABAPENTIN 100 MG CAPSULE	1	
GABAPENTIN 300 MG CAPSULE	1	
GABAPENTIN 400 MG CAPSULE	1	
GABAPENTIN 250 MG/5 ML ORAL SOLUTION	1	
GABAPENTIN 300 MG/6 ML ORAL SOLUTION	1	
GABAPENTIN 600 MG TABLET	1	
GABAPENTIN 800 MG TABLET	1	
GALANTAMINE 4 MG/ML ORAL SOLUTION	1	
GALANTAMINE 4 MG TABLET	1	
GALANTAMINE 8 MG TABLET	1	
GALANTAMINE 12 MG TABLET	1	
GALANTAMINE ER 8 MG CAPSULE	1	QL
GALANTAMINE ER 16 MG CAPSULE	1	QL
GALANTAMINE ER 24 MG CAPSULE	1	QL
GALZIN 25 MG CAPSULE	3	
GALZIN 50 MG CAPSULE	3	
GARDASIL 9 SYRINGE	2	
GARDASIL 9 VIAL	2	
GATIFLOXACIN 0.5% EYE DROPS	2	
GATTEX 5 MG 30-VIAL KIT	4	PA, LDD, SRX
GATTEX 5 MG ONE-VIAL KIT	4	PA, LDD, SRX
GATTEX 5 MG VIAL	4	PA, LDD, SRX
GAVILYTE-C ORAL SOLUTION	1	
GAVILYTE-G ORAL SOLUTION	1	
GAVILYTE-N ORAL SOLUTION	1	
GE100 CONTROL SOLUTION NORMAL	2	
GEFITINIB 250 MG TABLET	4	PA, QL, SRX
GEMFIBROZIL 600 MG TABLET	1	
GEMMILY 1 MG-20 MCG CAPSULE	1	
GENERLAC 10 GM/15 ML ORAL SOLUTION	1	
GENGRAF 25 MG CAPSULE	1	
GENGRAF 100 MG CAPSULE	1	
GENGRAF 100 MG/ML ORAL SOLUTION	1	
GENOTROPIN 5 MG CARTRIDGE	4	PA, SRX
GENOTROPIN 12 MG CARTRIDGE	4	PA, SRX
GENOTROPIN MINISQUICK 0.2 MG SYRINGE	4	PA, SRX

Lista de medicamentos con receta de 4 niveles de Cigna Plus Texas para 2025

Nombre del medicamento	Nivel	Notas	Nombre del medicamento	Nivel	Notas
GENOTROPIN MINIQUICK 0.4 MG SYRINGE	4	PA, SRX	GLUCOCARD EXPRESSION CONTROL SOLUTION	2	
GENOTROPIN MINIQUICK 0.6 MG SYRINGE	4	PA, SRX	GLUCOCARD SHINE CONTROL SOLUTION	2	
GENOTROPIN MINIQUICK 0.8 MG SYRINGE	4	PA, SRX	GLUCOCOM AUTOLINK SYSTEM	2	
GENOTROPIN MINIQUICK 1 MG SYRINGE	4	PA, SRX	GLUCOCOM CONTROL SOLUTION	2	
GENOTROPIN MINIQUICK 1.2 MG SYRINGE	4	PA, SRX	GLUCOSE CONTROL SOLUTION	2	
GENOTROPIN MINIQUICK 1.4 MG SYRINGE	4	PA, SRX	GLUCOSE CONTROL SOLUTION NORMAL	2	
GENOTROPIN MINIQUICK 1.6 MG SYRINGE	4	PA, SRX	GLYBURIDE 1.25 MG TABLET	1	
GENOTROPIN MINIQUICK 1.8 MG SYRINGE	4	PA, SRX	GLYBURIDE 2.5 MG TABLET	1	
GENOTROPIN MINIQUICK 2 MG SYRINGE	4	PA, SRX	GLYBURIDE 5 MG TABLET	1	
GENTAK 0.3 % EYE OINTMENT	1		GLYBURIDE MICRO 1.5 MG TABLET	1	
GENTAMICIN 0.1% CREAM	1		GLYBURIDE MICRO 3 MG TABLET	1	
GENTAMICIN 0.1% OINTMENT	1		GLYBURIDE MICRO 6 MG TABLET	1	
GENTAMICIN 0.3% EYE DROPS	1		GLYBURIDE-METFORMIN 1.25-250 MG TABLET	1	
GENVOYA TABLET	3	QL	GLYBURIDE-METFORMIN 2.5-500 MG TABLET	1	
GIANVI 3 MG-0.02 MG TABLET	1		GLYBURIDE-METFORMIN 5-500 MG TABLET	1	
GILOTRIF 20 MG TABLET	4	PA, QL, LDD, SRX	GLYCINE 1.5% IRRIGATION	1	
GILOTRIF 30 MG TABLET	4	PA, QL, LDD, SRX	GLYCOPYRROLATE 1 MG TABLET	1	
GILOTRIF 40 MG TABLET	4	PA, QL, LDD, SRX	GLYCOPYRROLATE 2 MG TABLET	1	
GLATIRAMER 20 MG/ML SYRINGE	4	PA, SRX	GLYDO 2% JELLY SYRINGE	1	
GLATIRAMER 40 MG/ML SYRINGE	4	PA, SRX	GNP CLICKFINE 31G 1/4" NEEDLE	2	
GLATOPA 20 MG/ML SYRINGE	4	PA, SRX	GNP CLICKFINE 31G 5/16" NEEDLE	2	
GLATOPA 40 MG/ML SYRINGE	4	PA, SRX	GNP EASY TOUCH HIGH-LOW SOLUTION	2	
GLEOSTINE 10 MG CAPSULE	3	PA	GNP INSULIN SYRINGE 0.3 ML 29G 1/2"	2	
GLEOSTINE 40 MG CAPSULE	3	PA	GNP INSULIN SYRINGE 0.3 ML 31G 5/16"	2	
GLEOSTINE 100 MG CAPSULE	3	PA	GNP INSULIN SYRINGE 0.5 ML 31G 5/16"	2	
GLIMEPIRIDE 1 MG TABLET	1		GNP INSULIN SYRINGE 1 ML 28G 1/2"	2	
GLIMEPIRIDE 2 MG TABLET	1		GNP INSULIN SYRINGE 1 ML 31G 5/16"	2	
GLIMEPIRIDE 4 MG TABLET	1		GNP ULTICARE PEN NEEDLE 31G 5MM	2	
GLIPIZIDE 5 MG TABLET	1		GNP ULTICARE PEN NEEDLE 31G 8MM	2	
GLIPIZIDE 10 MG TABLET	1		GNP ULTICARE PEN NEEDLE 32G 4MM	2	
GLIPIZIDE ER 2.5 MG TABLET	1		GNP ULTICARE PEN NEEDLE 32G 6MM	2	
GLIPIZIDE ER 5 MG TABLET	1		GNP ULTIGUARD SAFEPACK 31G 5MM	2	
GLIPIZIDE ER 10 MG TABLET	1		GNP ULTIGUARD SAFEPACK 31G 8MM	2	
GLIPIZIDE XL 2.5 MG TABLET	1		GNP ULTIGUARD SAFEPACK 32G 4MM	2	
GLIPIZIDE XL 5 MG TABLET	1		GNP ULTIGUARD SAFEPACK 32G 6MM	2	
GLIPIZIDE XL 10 MG TABLET	1		GNP ULTRA COMFORT 0.3ML 29G 1/2"	2	
GLIPIZIDE-METFORMIN 2.5-250 MG TABLET	1		GNP ULTRA COMFORT 0.5 ML 28G 1/2"	2	
GLIPIZIDE-METFORMIN 2.5-500 MG TABLET	1		GNP ULTRA COMFORT 0.5 ML 29G 1/2"	2	
GLIPIZIDE-METFORMIN 5-500 MG TABLET	1		GNP ULTRA COMFORT 0.5 ML SYRINGE	2	
GLUCAGON 1 MG EMERGENCY KIT	2	QL	GNP ULTRA COMFORT 1 ML 28G 1/2"	2	
GLUCOCARD 01 CONTROL SOLUTION	2		GNP ULTRA COMFORT 1 ML 29G 1/2"	2	

Lista de medicamentos con receta de 4 niveles de Cigna Plus Texas para 2025

Nombre del medicamento	Nivel	Notas
GNP ULTRA COMFORT 3/10 ML SYRINGE	2	
GNP ULTRA COMFORT 1 ML SYRINGE	2	
GOJJI GLUCOSE CONTROL SOLUTION-NORMAL	2	
GOJJI KETONE CONTROL SOLUTION-L1	2	
GRANISETRON 1 MG TABLET	3	
GRANISETRON 0.1 MG/ML VIAL	3	
GRANISETRON 1 MG/ML VIAL	3	
GRANISETRON 4 MG/4 ML VIAL	3	
GRASSTK 2,800 BAU SL TABLET	3	PA, QL
GRISEOFULVIN 125 MG/5 ML SUSPENSION	2	
GRISEOFULVIN MICRO 500 MG TABLET	2	
GRISEOFULVIN ULTRA 125 MG TABLET	2	
GRISEOFULVIN ULTRA 250 MG TABLET	2	
GS PEN NEEDLE 31G 5/16"	2	
GS PEN NEEDLE 31G 5MM	2	
GS PEN NEEDLE 31G 6MM	2	
GS PEN NEEDLE 31G 8MM	2	
GS PEN NEEDLE 32G 4MM	2	
GS PEN NEEDLE 32G 6MM	2	
GUANFACINE 1 MG TABLET	1	
GUANFACINE 2 MG TABLET	1	
GUANFACINE ER 1 MG TABLET	1	QL
GUANFACINE ER 2 MG TABLET	1	QL
GUANFACINE ER 3 MG TABLET	1	QL
GUANFACINE ER 4 MG TABLET	1	QL
GUARDIAN RT REPLACE CHARGER	2	
GUARDIAN RT REPLACE MONITOR	2	
GUARDIAN RT REPLACE TEST PLUG	2	
GUARDIAN TEST PLUG	2	
GUARDIAN TRANSMITTER TAPE	2	
GYNAZOLE 1 2% CREAM	2	
HAILEY 21 1.5 MG-30 MCG TABLET	1	
HAILEY 24 FE 1 MG-20 MCG TABLET	1	
HAILEY FE 1-20 TABLET	1	
HAILEY FE 1.5-30 TABLET	1	
HALCINONIDE 0.1% CREAM	3	
HALOBETASOL 0.05% CREAM	1	
HALOBETASOL 0.05% OINTMENT	1	
HALOETTE VAGINAL RING	1	
HALOPERIDOL 0.5 MG TABLET	1	
HALOPERIDOL 1 MG TABLET	1	

Nombre del medicamento	Nivel	Notas
HALOPERIDOL 2 MG TABLET	1	
HALOPERIDOL 5 MG TABLET	1	
HALOPERIDOL 10 MG TABLET	1	
HALOPERIDOL 20 MG TABLET	1	
HALOPERIDOL LACTATE 2 MG/ML ORAL CONCENTRATE	1	
HALOPERIDOL LACTATE 10 MG/5 ML ORAL CONCENTRATE	1	
HARVONI 33.75-150 MG PELLET PACKET	4	PA, QL, SRX
HARVONI 45-200 MG PELLET PACKET	4	PA, QL, SRX
HARVONI 45-200 MG TABLET	4	PA, QL, SRX
HARVONI 90-400 MG TABLET	4	PA, QL, SRX
HAVRIX 720 UNIT/0.5 ML SYRINGE	2	
HAVRIX 1,440 UNIT/ML SYRINGE	2	
HEALTHPRO CONTROL SOLUTION-L1, L3	2	
HEALTHWISE INSULIN SYRINGE 0.3ML 30G 5/16"	2	
HEALTHWISE INSULIN SYRINGE 0.3ML 31G 5/16"	2	
HEALTHWISE INSULIN SYRINGE 0.5ML 30G 5/16"	2	
HEALTHWISE INSULIN SYRINGE 0.5ML 31G 5/16"	2	
HEALTHWISE INSULIN SYRINGE 1 ML 30G 5/16"	2	
HEALTHWISE INSULIN SYRINGE 1 ML 31G 5/16"	2	
HEALTHWISE PEN NEEDLE 31G 5MM	2	
HEALTHWISE PEN NEEDLE 31G 8MM	2	
HEALTHWISE PEN NEEDLE 32G 4MM	2	
HEALTHY ACCENTS PENTIP 4MM 32G	2	
HEALTHY ACCENTS PENTIP 5MM 31G	2	
HEALTHY ACCENTS PENTIP 6MM 31G	2	
HEALTHY ACCENTS PENTIP 8MM 31G	2	
HEALTHY ACCENTS PENTIP 12MM 29G	2	
HEATHER 0.35 MG TABLET	1	
HEB UNIFINE PENTIP PLUS 31G 3/17	2	
HEMA-COMBISTIX REAGENT TEST STRIP	2	
HEMMOREX-HC 25 MG SUPPOSITORY	1	
HEMMOREX-HC 30 MG SUPPOSITORY	1	
HEPARIN 5,000 UNIT/0.5 ML INJECTION	1	
HEPARIN 5,000 UNIT/ML SYRINGE	1	
HEPLISAV-B 20 MCG/0.5 ML SYRINGE	2	
HER STYLE 1.5 MG TABLET	1	
HIBERIX VACCINE VIAL	2	
HIBERIX VIAL AND DILUENT SYRINGE	2	
HIBERIX VIAL WITH DILUENT VIAL	2	
HM ULTICARE PEN NEEDLE 4MM 32G	2	

Lista de medicamentos con receta de 4 niveles de Cigna Plus Texas para 2025

Nombre del medicamento	Nivel	Notas
HM ULTICARE PEN NEEDLE 5MM 31G	2	
HM ULTICARE PEN NEEDLE 6MM 31G	2	
HM ULTICARE PEN NEEDLE 8MM 31G	2	
HOMATROPAIRE 5% EYE DROPS	1	
HUMALOG 100 UNIT/ML CARTRIDGE	2	QL
HUMALOG 100 UNIT/ML KWIKPEN	2	QL
HUMALOG 200 UNIT/ML KWIKPEN	2	QL
HUMALOG JR 100 UNIT/ML KWIKPEN	2	QL
HUMALOG MIX 50-50 KWIKPEN	2	QL
HUMALOG MIX 75-25 KWIKPEN	2	QL
HUMALOG MIX 50-50 VIAL	2	QL
HUMALOG MIX 75-25 VIAL	2	QL
HUMALOG TEMPO PEN 100 UNIT/ML	2	QL
HUMIRA 40 MG/0.8 ML SYRINGE	4	PA, QL, SRX
HUMIRA PEN 40 MG/0.8 ML	4	PA, QL, SRX
HUMIRA PEN CROHN'S-UC-HS 40 MG	4	PA, QL, SRX
HUMIRA PEN PSOR-UVEITIS-ADOL HS 40 MG	4	PA, QL, SRX
HUMIRA(CF) 10 MG/0.1 ML SYRINGE	4	PA, QL, SRX
HUMIRA(CF) 20 MG/0.2 ML SYRINGE	4	PA, QL, SRX
HUMIRA(CF) 40 MG/0.4 ML SYRINGE	4	PA, QL, SRX
HUMIRA(CF) PEDIATRIC CROHN'S 80 MG/0.8	4	PA, QL, LDD, SRX
HUMIRA(CF) PEDIATRIC CROHN'S 80-40 MG	4	PA, QL, LDD, SRX
HUMIRA(CF) PEN 40 MG/0.4 ML	4	PA, QL, SRX
HUMIRA(CF) PEN 80 MG/0.8 ML	4	PA, QL, SRX
HUMIRA(CF) PEN CROHN'S-UC-HS 80 MG	4	PA, QL, SRX
HUMIRA(CF) PEN PEDIATRIC UC 80 MG	4	PA, QL, LDD, SRX
HUMIRA(CF) PEN PSORIASIS-UV-ADOL HS 80-40	4	PA, QL, SRX
HUMULIN 70/30 KWIKPEN	2	QL
HUMULIN N 100 UNIT/ML KWIKPEN	2	QL
HUMULIN R 500 UNIT/ML KWIKPEN	2	QL
HUMULIN 70-30 VIAL	2	QL
HUMULIN N 100 UNIT/ML VIAL	2	QL
HUMULIN R 100 UNIT/ML VIAL	2	QL
HUMULIN R 500 UNIT/ML VIAL	2	QL
HYCAMTIN 0.25 MG CAPSULE	4	PA, SRX
HYCAMTIN 1 MG CAPSULE	4	PA, SRX
HYDRALAZINE 10 MG TABLET	1	
HYDRALAZINE 25 MG TABLET	1	
HYDRALAZINE 50 MG TABLET	1	
HYDRALAZINE 100 MG TABLET	1	
HYDROCHLOROTHIAZIDE 12.5 MG CAPSULE	1	

Nombre del medicamento	Nivel	Notas
HYDROCHLOROTHIAZIDE 12.5 MG TABLET	1	
HYDROCHLOROTHIAZIDE 25 MG TABLET	1	
HYDROCHLOROTHIAZIDE 50 MG TABLET	1	
HYDROCODONE ER 20 MG TABLET	1	PA
HYDROCODONE ER 30 MG TABLET	1	PA
HYDROCODONE ER 40 MG TABLET	1	PA
HYDROCODONE ER 60 MG TABLET	1	PA
HYDROCODONE ER 80 MG TABLET	1	PA
HYDROCODONE ER 100 MG TABLET	1	PA
HYDROCODONE ER 120 MG TABLET	1	PA
HYDROCODONE-ACETAMINOPHEN 2.5-108MG/5 ML ORAL SOLUTION	1	PA
HYDROCODONE-ACETAMINOPHEN 5-217 MG/10 ML ORAL SOLUTION	1	PA
HYDROCODONE-ACETAMINOPHEN 7.5-325 MG/15 ML ORAL SOLUTION	1	PA
HYDROCODONE-ACETAMINOPHEN 10-325 MG/15 ML ORAL SOLUTION	1	PA
HYDROCODONE-ACETAMINOPHEN 5-300 MG TABLET	1	PA
HYDROCODONE-ACETAMINOPHEN 5-325 MG TABLET	1	PA
HYDROCODONE-ACETAMINOPHEN 7.5-300 MG TABLET	1	PA
HYDROCODONE-ACETAMINOPHEN 7.5-325 MG TABLET	1	PA
HYDROCODONE-ACETAMINOPHEN 10-300 MG TABLET	1	PA
HYDROCODONE-ACETAMINOPHEN 10-325 MG TABLET	1	PA
HYDROCODONE-CHLORPHENIRAMINE ER SUSPENSION	1	
HYDROCODONE-HOMATROPINE 5 MG-1.5 MG TABLET	1	QL
HYDROCODONE-HOMATROPINE 5 ML ORAL SOLUTION	1	QL
HYDROCODONE-HOMATROPINE ORAL SOLUTION	1	QL
HYDROCODONE-IBUPROFEN 5-200 MG TABLET	1	PA
HYDROCODONE-IBUPROFEN 7.5 MG-200 MG TABLET	1	PA
HYDROCODONE-IBUPROFEN 10 MG-200 MG TABLET	1	PA
HYDROCORTISONE 1% CREAM	1	
HYDROCORTISONE 2.5% CREAM	1	
HYDROCORTISONE 100 MG/60 ML ENEMA	1	
HYDROCORTISONE 2.5% LOTION	1	
HYDROCORTISONE 1% OINTMENT	1	
HYDROCORTISONE 2.5% OINTMENT	1	

Lista de medicamentos con receta de 4 niveles de Cigna Plus Texas para 2025

Nombre del medicamento	Nivel	Notas	Nombre del medicamento	Nivel	Notas
HYDROCORTISONE 5 MG TABLET	1		HYOSYNE 0.125 MG/ML ORAL DROPS	1	
HYDROCORTISONE 10 MG TABLET	1		HYOSYNE 125 MCG/5 ML ELIXIR	1	
HYDROCORTISONE 20 MG TABLET	1		HYPO NEEDLE,POLYPROPYL HUB	2	
HYDROCORTISONE AC 25 MG SUPPOSITORY	1		HYPODERMIC NEEDLE,ALUM HUB	2	
HYDROCORTISONE AC 30 MG SUPPOSITORY	1		IBANDRONATE 150 MG TABLET	1	
HYDROCORTISONE BUTYRATE 0.1% CREAM	2		IBRANCE 75 MG CAPSULE	4	PA, QL, LDD, SRX
HYDROCORTISONE BUTYRATE 0.1% OINTMENT	2		IBRANCE 100 MG CAPSULE	4	PA, QL, LDD, SRX
HYDROCORTISONE BUTYRATE 0.1% TOPICAL SOLUTION	2		IBRANCE 125 MG CAPSULE	4	PA, QL, LDD, SRX
HYDROCORTISONE VALERATE 0.2% CREAM	1		IBRANCE 75 MG TABLET	4	PA, QL, LDD, SRX
HYDROCORTISONE VALERATE 0.2% OINTMENT	1		IBRANCE 100 MG TABLET	4	PA, QL, LDD, SRX
HYDROCORTISONE-ACETIC ACID EAR SOLUTION	1		IBRANCE 125 MG TABLET	4	PA, QL, LDD, SRX
HYDROCORTISONE-ACETIC EAR DROPS	1		IBU 400 MG TABLET	1	
HYDROMET 5 MG-1.5 MG/5 ML ORAL SOLUTION	1	QL	IBU 600 MG TABLET	1	
HYDROMORPHONE 1 MG/ML ORAL SOLUTION	1	PA	IBU 800 MG TABLET	1	
HYDROMORPHONE 5 MG/5 ML ORAL SOLUTION	1	PA	IBUPROFEN 100 MG/5 ML SUSPENSION	1	
HYDROMORPHONE 3 MG SUPPOSITORY	1	PA	IBUPROFEN 400 MG TABLET	1	
HYDROMORPHONE 2 MG TABLET	1	PA	IBUPROFEN 600 MG TABLET	1	
HYDROMORPHONE 4 MG TABLET	1	PA	IBUPROFEN 800 MG TABLET	1	
HYDROMORPHONE 8 MG TABLET	1	PA	ICATIBANT 30 MG/3 ML SYRINGE	4	PA, SRX
HYDROMORPHONE ER 8 MG TABLET	1	PA	ICLEVIA 0.15 MG-0.03 MG TABLET	1	
HYDROMORPHONE ER 12 MG TABLET	1	PA	ICLUSIG 10 MG TABLET	4	PA, QL, LDD, SRX
HYDROMORPHONE ER 16 MG TABLET	1	PA	ICLUSIG 15 MG TABLET	4	PA, QL, LDD, SRX
HYDROMORPHONE ER 32 MG TABLET	1	PA	ICLUSIG 30 MG TABLET	4	PA, QL, LDD, SRX
HYDROXYCHLOROQUINE 200 MG TABLET	1		ICLUSIG 45 MG TABLET	4	PA, QL, LDD, SRX
HYDROXYUREA 500 MG CAPSULE	1		ICOSAPENT ETHYL 0.5 GM CAPSULE	3	PA
HYDROXYZINE 10 MG/5 ML ORAL SOLUTION	1		ICOSAPENT ETHYL 1 GRAM CAPSULE	3	PA
HYDROXYZINE 10 MG/5 ML SYRUP	1		ICOSAPENT ETHYL 500 MG CAPSULE	3	PA
HYDROXYZINE 10 MG TABLET	1		ILARIS 150 MG/ML VIAL	4	PA, LDD, SRX
HYDROXYZINE 25 MG TABLET	1		ILET INFUSION KIT-INSET 23" 6 MM	2	
HYDROXYZINE 50 MG TABLET	1		ILET INFUSION-CONTACT DETACH 23"6MM	2	
HYDROXYZINE PAMOATE 25 MG CAPSULE	1		IMATINIB 100 MG TABLET	4	PA, QL, SRX
HYDROXYZINE PAMOATE 50 MG CAPSULE	1		IMATINIB 400 MG TABLET	4	PA, QL, SRX
HYDROXYZINE PAMOATE 100 MG CAPSULE	1		IMBRUVICA 70 MG CAPSULE	4	PA, QL, LDD, SRX
HYOPHEN TABLET	1		IMBRUVICA 140 MG CAPSULE	4	PA, QL, LDD, SRX
HYOSCYAMINE 0.125 MG ODT TABLET	1		IMBRUVICA 70 MG/ML SUSPENSION	4	PA, QL, LDD, SRX
HYOSCYAMINE 0.125 MG SUBLINGUAL TABLET	1		IMBRUVICA 140 MG TABLET	4	PA, QL, LDD, SRX
HYOSCYAMINE 0.125 MG TABLET	1		IMBRUVICA 280 MG TABLET	4	PA, QL, LDD, SRX
HYOSCYAMINE 0.125 MG/5 ML ELIXIR	1		IMBRUVICA 420 MG TABLET	4	PA, QL, LDD, SRX
HYOSCYAMINE 0.125 MG/ML ORAL DROPS	1		IMBRUVICA 560 MG TABLET	4	PA, QL, SRX
HYOSCYAMINE ER 0.375 MG TABLET	1		IMIPRAMINE 10 MG TABLET	1	
HYOSCYAMINE SR 0.375 MG TABLET	1		IMIPRAMINE 25 MG TABLET	1	

Lista de medicamentos con receta de 4 niveles de Cigna Plus Texas para 2025

Nombre del medicamento	Nivel	Notas	Nombre del medicamento	Nivel	Notas
IMIPRAMINE 50 MG TABLET	1		INSULIN 1/2 ML SYRINGE	2	
IMIPRAMINE PAMOATE 75 MG CAPSULE	2		INSULIN 1 ML SYRINGE	2	
IMIPRAMINE PAMOATE 100 MG CAPSULE	2		INSULIN ASPART 100 UNIT/ML CARTRIDGE	3	QL, ST
IMIPRAMINE PAMOATE 125 MG CAPSULE	2		INSULIN ASPART 100 UNIT/ML PEN	3	QL, ST
IMIPRAMINE PAMOATE 150 MG CAPSULE	2		INSULIN ASPART 100 UNIT/ML VIAL	3	QL, ST
IMIQUIMOD 5% CREAM PACKET	1		INSULIN ASPART PROTAMINE MIX 70-30 PEN	3	QL, ST
INCASSIA 0.35 MG TABLET	1		INSULIN ASPART PROTAMINE MIX 70-30 VIAL	3	QL, ST
IN-CHECK NASAL WITH MASK	2		INSULIN CARTRIDGE 3 ML	2	
IN-CHECK ORAL FLOW METER	2		INSULIN LISPRO 100 UNIT/ML VIAL	2	QL
INCONTROL PEN NEEDLE 4MM 32G	2		INSULIN SYRINGE 0.3 ML	2	
INCONTROL PEN NEEDLE 5MM 31G	2		INSULIN SYRINGE 0.3 ML 29G 1/2"	2	
INCONTROL PEN NEEDLE 6MM 31G	2		INSULIN SYRINGE 0.3 ML 30G 1/2"	2	
INCONTROL PEN NEEDLE 8MM 31G	2		INSULIN SYRINGE 0.3 ML 30G 5/16"	2	
INCONTROL PEN NEEDLE 12MM 29G	2		INSULIN SYRINGE 0.3 ML 31G 1/4"	2	
INCONTROL ULTICARE PEN NEEDLE 31G 6MM	2		INSULIN SYRINGE 0.3 ML 31G 5/16"	2	
INCONTROL ULTICARE PEN NEEDLE 31G 8MM	2		INSULIN SYRINGE 0.5 ML	2	
INCONTROL ULTICARE PEN NEEDLE 32G 4MM	2		INSULIN SYRINGE 0.5 ML 27G 1/2"	2	
INCRELEX 40 MG/4 ML VIAL	4	PA, LDD, SRX	INSULIN SYRINGE 0.5 ML 27G 13MM	2	
INCRUSE ELLIPTA 62.5 MCG INHALER	2		INSULIN SYRINGE 0.5 ML 28G 1/2"	2	
INDAPAMIDE 1.25 MG TABLET	1		INSULIN SYRINGE 0.5 ML 29G 1/2"	2	
INDAPAMIDE 2.5 MG TABLET	1		INSULIN SYRINGE 0.5 ML 30G 1/2"	2	
INDOMETHACIN 25 MG CAPSULE	1		INSULIN SYRINGE 0.5 ML 30G 5/16"	2	
INDOMETHACIN 50 MG CAPSULE	1		INSULIN SYRINGE 0.5 ML 31G 5/16"	2	
INDOMETHACIN ER 75 MG CAPSULE	1		INSULIN SYRINGE 0.5 ML 31G 1/4"	2	
INFANRIX DTAP SYRINGE	2		INSULIN SYRINGE 0.5 ML 31G 5/16"	2	
INFANRIX DTAP VIAL	2		INSULIN SYRINGE 1 ML	2	
INFINITY CONTROL SOLUTION HIGH	2		INSULIN SYRINGE 1 ML 27G 1/2"	2	
INFINITY CONTROL SOLUTION LOW	2		INSULIN SYRINGE 1 ML 27G 13MM	2	
INFINITY CONTROL SOLUTION NORMAL	2		INSULIN SYRINGE 1 ML 28G 1/2"	2	
INFINITY VOICE CONTROL SOLUTION-LVL 2	2		INSULIN SYRINGE 1 ML 28G 13MM	2	
INJECT-EASE SYRINGE NEEDLE INTRODUCER	2		INSULIN SYRINGE 1 ML 29G 1/2"	2	
INLYTA 1 MG TABLET	4	PA, QL, LDD, SRX	INSULIN SYRINGE 1 ML 30G 1/2"	2	
INLYTA 5 MG TABLET	4	PA, QL, LDD, SRX	INSULIN SYRINGE 1 ML 30G 5/16"	2	
INPEN (FOR HUMALOG) BLUE	2		INSULIN SYRINGE 1 ML 31G 5/16"	2	
INPEN (FOR HUMALOG) GREY	2		INSULIN SYRINGE 1 ML 31G 1/4"	2	
INPEN (FOR HUMALOG) PINK	2		INSULIN-EZE SYRINGE MAGNIFIER	2	
INPEN (NOVOLOG OR FIASP) BLUE	2		INSUPEN 30G ULTRAFINE NEEDLE	2	
INPEN (NOVOLOG OR FIASP) GREY	2		INSUPEN 31G ULTRAFINE NEEDLE	2	
INPEN (NOVOLOG OR FIASP) PINK	2		INSUPEN 32G 8MM PEN NEEDLE	2	
INSUL-CAP INSULIN HOLDER	2		INSUPEN PEN NEEDLE 29G 1/2"	2	
INSULIN 3/10 ML SYRINGE	2		INSUPEN PEN NEEDLE 29G 12MM	2	

Lista de medicamentos con receta de 4 niveles de Cigna Plus Texas para 2025

Nombre del medicamento	Nivel	Notas
INSUPEN PEN NEEDLE 30G 8MM	2	
INSUPEN PEN NEEDLE 31G 5MM	2	
INSUPEN PEN NEEDLE 31G 8MM	2	
INSUPEN PEN NEEDLE 31G 3/16"	2	
INSUPEN PEN NEEDLE 31G 5/16"	2	
INSUPEN PEN NEEDLE 31G 6MM	2	
INSUPEN PEN NEEDLE 31G 8MM	2	
INSUPEN PEN NEEDLE 32G 4MM	2	
INSUPEN PEN NEEDLE 32G 5/32"	2	
INSUPEN PEN NEEDLE 32G 6MM	2	
INSUPEN PEN NEEDLE 32G 8MM	2	
INSUPEN PEN NEEDLE 33G 4MM	2	
INTELENCE 25 MG TABLET	2	
IPOL VIAL	2	
IPRATROPIUM 0.02% INHALATION SOLUTION	1	
IPRATROPIUM 0.03% NASAL SPRAY	1	
IPRATROPIUM 0.06% NASAL SPRAY	1	
IPRATROPIUM-ALBUTEROL 0.5-3(2.5) MG/3 ML INHALATION SOLUTION	1	
IRBESARTAN 75 MG TABLET	1	
IRBESARTAN 150 MG TABLET	1	
IRBESARTAN 300 MG TABLET	1	
IRBESARTAN-HCTZ 150-12.5 MG TABLET	1	
IRBESARTAN-HCTZ 300-12.5 MG TABLET	1	
ISENTRESS 25 MG CHEWABLE TABLET	2	
ISENTRESS 100 MG CHEWABLE TABLET	2	
ISENTRESS 100 MG POWDER PACKET	2	
ISIBLOOM 28 DAY TABLET	1	
ISONIAZID 50 MG/5 ML ORAL SOLUTION	1	
ISONIAZID 100 MG TABLET	1	
ISONIAZID 300 MG TABLET	1	
ISOSORBIDE DINITRATE 5 MG TABLET	1	
ISOSORBIDE DINITRATE 10 MG TABLET	1	
ISOSORBIDE DINITRATE 20 MG TABLET	1	
ISOSORBIDE DINITRATE 30 MG TABLET	1	
ISOSORBIDE MONONITRATE 10 MG TABLET	1	
ISOSORBIDE MONONITRATE 20 MG TABLET	1	
ISOSORBIDE MONONITRATE ER 30 MG TABLET	1	
ISOSORBIDE MONONITRATE ER 60 MG TABLET	1	
ISOSORBIDE MONONITRATE ER 120 MG TABLET	1	
ISOTRETINOIN 10 MG CAPSULE	3	
ISOTRETINOIN 20 MG CAPSULE	3	

Nombre del medicamento	Nivel	Notas
ISOTRETINOIN 30 MG CAPSULE	3	
ISOTRETINOIN 40 MG CAPSULE	3	
ISOXSUPRINE 10 MG TABLET	1	
ISOXSUPRINE 20 MG TABLET	1	
ISRADIPINE 2.5 MG CAPSULE	1	
ISRADIPINE 5 MG CAPSULE	1	
ITRACONAZOLE 100 MG CAPSULE	2	QL
ITRACONAZOLE 10 MG/ML ORAL SOLUTION	2	
ITRACONAZOLE 100 MG/10 ML ORAL SOLUTION	2	
IVERMECTIN 0.5% LOTION	3	
IVERMECTIN 3 MG TABLET	1	PA
JAIMIESS 0.15-0.03-0.01 MG TABLET	1	
JAKAFI 5 MG TABLET	4	PA, QL, LDD, SRX
JAKAFI 10 MG TABLET	4	PA, QL, LDD, SRX
JAKAFI 15 MG TABLET	4	PA, QL, LDD, SRX
JAKAFI 20 MG TABLET	4	PA, QL, LDD, SRX
JAKAFI 25 MG TABLET	4	PA, QL, LDD, SRX
JANSEN COVID-19 VACCINE (EUA)	2	
JANTOVEN 1 MG TABLET	1	
JANTOVEN 2 MG TABLET	1	
JANTOVEN 2.5 MG TABLET	1	
JANTOVEN 3 MG TABLET	1	
JANTOVEN 4 MG TABLET	1	
JANTOVEN 5 MG TABLET	1	
JANTOVEN 6 MG TABLET	1	
JANTOVEN 7.5 MG TABLET	1	
JANTOVEN 10 MG TABLET	1	
JANUMET 50-500 MG TABLET	2	QL
JANUMET 50-1,000 MG TABLET	2	QL
JANUMET XR 50-500 MG TABLET	2	QL
JANUMET XR 50-1,000 MG TABLET	2	QL
JANUMET XR 100-1,000 MG TABLET	2	QL
JANUVIA 25 MG TABLET	2	QL
JANUVIA 50 MG TABLET	2	QL
JANUVIA 100 MG TABLET	2	QL
JARDIANCE 10 MG TABLET	2	QL
JARDIANCE 25 MG TABLET	2	QL
JASMIEL 3 MG-0.02 MG TABLET	1	
JENCYCLA 0.35 MG TABLET	1	
JENTADUETO 2.5 MG-500 MG TABLET	2	QL
JENTADUETO 2.5 MG-850 MG TABLET	2	QL

Lista de medicamentos con receta de 4 niveles de Cigna Plus Texas para 2025

Nombre del medicamento	Nivel	Notas
JENTADUETO 2.5 MG-1000 MG TABLET	2	QL
JENTADUETO XR 2.5 MG-1,000 MG TABLET	2	QL
JENTADUETO XR 5 MG-1,000 MG TABLET	2	QL
JINTELI 1 MG-5 MCG TABLET	1	
JOLESSA 0.15 MG-0.03 MG TABLET	1	
JOYEUX-28 TABLET	1	
JULEBER 28 DAY TABLET	1	
JULUCA 50-25 MG TABLET	3	QL
JUNEL 1 MG-20 MCG TABLET	1	
JUNEL 1.5 MG-30 MCG TABLET	1	
JUNEL FE 1 MG-20 MCG TABLET	1	
JUNEL FE 1.5 MG-30 MCG TABLET	1	
JUNEL FE 24 TABLET	1	
KAITLIB FE 0.8-0.025MG CHEWABLE TABLET	1	
KALLIGA 28 DAY TABLET	1	
KARIVA 28 DAY TABLET	1	
KELNOR 1-35 28 TABLET	1	
KELNOR 1-50 TABLET	1	
KESIMPTA 20 MG/0.4 ML PEN	4	PA, SRX
KETOCONAZOLE 2% CREAM	1	
KETOCONAZOLE 2% SHAMPOO	1	
KETOCONAZOLE 200 MG TABLET	1	
KETO-DIASTIX REAGENT TEST STRIP	2	
KETONE TEST STRIP	2	
KETOPROFEN 50 MG CAPSULE	2	
KETOPROFEN 75 MG CAPSULE	2	
KETOPROFEN ER 200 MG CAPSULE	2	
KETOROLAC 0.4% EYE DROPS	1	
KETOROLAC 0.5% EYE DROPS	1	
KETOROLAC 10 MG TABLET	1	QL
KETOSTIX REAGENT TEST STRIP	2	
KINERET 100 MG/0.67 ML SYRINGE	4	PA, QL, LDD, SRX
KINRAY INSULIN SYRINGE 1 ML 31G 5/16"	2	
KINRAY SYRINGE 0.3 ML 31G 5/16"	2	
KINRAY SYRINGE 0.5 ML 31G 5/16"	2	
KINRIX TIP-LOK SYRINGE	2	
KINRIX VIAL	2	
KIONEX 15 GM/60 ML SUSPENSION	1	
KISQALI 200 MG DAILY DOSE TABLET	4	PA, QL, SRX
KISQALI 400 MG DAILY DOSE TABLET	4	PA, QL, SRX
KISQALI 600 MG DAILY DOSE TABLET	4	PA, QL, SRX

Nombre del medicamento	Nivel	Notas
KLAYESTA 100,000 UNIT/GM POWDER	1	
KLOR-CON 8 MEQ TABLET	1	
KLOR-CON 10 MEQ TABLET	1	
KLOR-CON 20 MEQ PACKET	1	
KLOR-CON M10 TABLET	1	
KLOR-CON M15 TABLET	3	
KLOR-CON M20 TABLET	1	
KMART VALU PLUS SYRINGE 1/2 ML	2	
KOURZEQ 0.1% DENTAL PASTE	1	
K-PHOS #2 TABLET	3	
K-PHOS ORIGINAL TABLET	3	
KRO INSULIN SYRINGE 0.3 ML 29G 1/2"	2	
KRO INSULIN SYRINGE 0.5 ML 31G 5/16"	2	
KRO INSULIN SYRINGE 1 ML 30G 5/16"	2	
KRO PEN NEEDLE 4MM 32G	2	
KRO PEN NEEDLE 4MM 33G	2	
KRO PEN NEEDLE 5MM 31G	2	
KRO PEN NEEDLE 6MM 31G	2	
KRO PEN NEEDLE 8MM 31G	2	
KROGER INSULIN SYRINGE 0.3 ML 30G 5/16"	2	
KROGER INSULIN SYRINGE 0.5 ML 29G 1/2"	2	
KROGER INSULIN SYRINGE 1 ML 29G 1/2"	2	
KROGER INSULIN SYRINGE 1 ML 31G 5/16"	2	
KROGER PEN NEEDLE 31G 5/16"	2	
KROGER SYRINGE 0.3 ML 31G 5/16"	2	
KROGER SYRINGE 0.5 ML 30G 5/16"	2	
KURVELO-28 TABLET	1	
LABETALOL 100 MG TABLET	1	
LABETALOL 200 MG TABLET	1	
LABETALOL 300 MG TABLET	1	
LABSTIX REAGENT TEST STRIP	2	
LACOSAMIDE 10 MG/ML ORAL SOLUTION	2	QL
LACOSAMIDE 50 MG/5 ML ORAL SOLUTION	2	QL
LACOSAMIDE 100 MG/10 ML ORAL SOLUTION	2	QL
LACOSAMIDE 50 MG TABLET	2	QL
LACOSAMIDE 100 MG TABLET	2	QL
LACOSAMIDE 150 MG TABLET	2	QL
LACOSAMIDE 200 MG TABLET	2	QL
LACRISERT 5 MG EYE INSERT	3	
LACTATED RINGERS IRRIGATION	1	
LACTULOSE 10 GM/15 ML ORAL SOLUTION	1	

Lista de medicamentos con receta de 4 niveles de Cigna Plus Texas para 2025

Nombre del medicamento	Nivel	Notas	Nombre del medicamento	Nivel	Notas
LACTULOSE 20 GM/30 ML ORAL SOLUTION	1		LAYOLIS FE CHEWABLE TABLET	3	
LAMIVUDINE 10 MG/ML ORAL SOLUTION	1		LEADER INSULIN SYRINGE 0.3 ML	2	
LAMIVUDINE 150 MG TABLET	1		LEADER INSULIN SYRINGE 0.3 ML 29G 1/2"	2	
LAMIVUDINE 300 MG TABLET	1		LEADER INSULIN SYRINGE 0.5 ML 28G 1/2"	2	
LAMIVUDINE HBV 100 MG TABLET	1		LEADER INSULIN SYRINGE 0.5 ML 29G 1/2"	2	
LAMIVUDINE-ZIDOVUDINE TABLET	1		LEADER INSULIN SYRINGE 0.5 ML 30G 1/2"	2	
LAMOTRIGINE 5 MG DISPERSIBLE TABLET	1		LEADER INSULIN SYRINGE 1 ML 28G 1/2"	2	
LAMOTRIGINE 25 MG DISPERSIBLE TABLET	1		LEADER INSULIN SYRINGE 1 ML 29G 1/2"	2	
LAMOTRIGINE 25 MG TABLET	1		LEADER INSULIN SYRINGE 1 ML 30G 5/16"	2	
LAMOTRIGINE 100 MG TABLET	1		LEADER INSULIN SYRINGE 1 ML 31G 5/16"	2	
LAMOTRIGINE 150 MG TABLET	1		LEADER PEN NEEDLE 12MM 29G	2	
LAMOTRIGINE 200 MG TABLET	1		LEADER SYRINGE 0.3 ML 31G 5/16"	2	
LAMOTRIGINE ER 25 MG TABLET	2		LEADER SYRINGE 0.5 ML 31G 5/16"	2	
LAMOTRIGINE ER 50 MG TABLET	2		LEDIPASVIR-SOFOSBUVIR 90-400MG TABLET	4	PA, QL, SRX
LAMOTRIGINE ER 100 MG TABLET	2		LEENA 28 TABLET	1	
LAMOTRIGINE ER 200 MG TABLET	2		LEFLUNOMIDE 10 MG TABLET	1	
LAMOTRIGINE ER 250 MG TABLET	2		LEFLUNOMIDE 20 MG TABLET	1	
LAMOTRIGINE ER 300 MG TABLET	2		LENALIDOMIDE 2.5 MG CAPSULE	4	PA, QL, LDD, SRX
LAMOTRIGINE ODT 25 MG TABLET	2		LENALIDOMIDE 5 MG CAPSULE	4	PA, QL, LDD, SRX
LAMOTRIGINE ODT 50 MG TABLET	2		LENALIDOMIDE 10 MG CAPSULE	4	PA, QL, LDD, SRX
LAMOTRIGINE ODT 100 MG TABLET	2		LENALIDOMIDE 15 MG CAPSULE	4	PA, QL, LDD, SRX
LAMOTRIGINE ODT 200 MG TABLET	2		LENALIDOMIDE 20 MG CAPSULE	4	PA, QL, LDD, SRX
LAMOTRIGINE ODT KIT (BLUE)	1		LENALIDOMIDE 25 MG CAPSULE	4	PA, QL, LDD, SRX
LAMOTRIGINE ODT KIT (GREEN)	1		LENVIMA 4 MG CAPSULE	4	PA, QL, LDD, SRX
LAMOTRIGINE ODT KIT (ORANGE)	1		LENVIMA 8 MG DAILY DOSE	4	PA, QL, LDD, SRX
LAMOTRIGINE TABLET STARTER KIT-BLUE	1		LENVIMA 10 MG DAILY DOSE	4	PA, QL, LDD, SRX
LAMOTRIGINE TABLET STARTER KIT-GREEN	1		LENVIMA 12 MG DAILY DOSE	4	PA, QL, LDD, SRX
LAMOTRIGINE TABLET STARTER KIT-ORANGE	1		LENVIMA 14 MG DAILY DOSE	4	PA, QL, LDD, SRX
LANSOPRAZOLE DR 15 MG CAPSULE	1	QL	LENVIMA 18 MG DAILY DOSE	4	PA, QL, LDD, SRX
LANSOPRAZOLE DR 30 MG CAPSULE	1	QL	LENVIMA 20 MG DAILY DOSE	4	PA, QL, LDD, SRX
LANSOPRAZOLE-AMOXICILLIN-CLARITHROMYCIN	2		LENVIMA 24 MG DAILY DOSE	4	PA, QL, LDD, SRX
LANTHANUM 500 MG CHEWABLE TABLET	3		LESSINA-28 TABLET	1	
LANTHANUM 750 MG CHEWABLE TABLET	3		LETROZOLE 2.5 MG TABLET	1	
LANTHANUM 1,000 MG CHEWABLE TABLET	3		LEUCOVORIN 5 MG TABLET	1	
LAPATINIB 250 MG TABLET	4	PA, QL, SRX	LEUCOVORIN 10 MG TABLET	1	
LARIN 1.5 MG-30 MCG TABLET	1		LEUCOVORIN 15 MG TABLET	1	
LARIN 21 1-20 TABLET	1		LEUCOVORIN 25 MG TABLET	1	
LARIN 24 FE 1 MG-20 MCG TABLET	1		LEUKERAN 2 MG TABLET	3	
LARIN FE 1-20 TABLET	1		LEUKINE 250 MCG VIAL	4	SRX
LARIN FE 1.5-30 TABLET	1		LEUPROLIDE 2 WEEK 14 MG/2.8 ML KIT	4	PA, SRX
LATANOPROST 0.005% EYE DROPS	1		LEVALBUTEROL 0.31 MG/3 ML INHALATION SOLUTION	1	

Lista de medicamentos con receta de 4 niveles de Cigna Plus Texas para 2025

Nombre del medicamento	Nivel	Notas
LEVALBUTEROL 0.63 MG/3 ML INHALATION SOLUTION	1	QL
LEVALBUTEROL 1.25 MG/3 ML INHALATION SOLUTION	1	
LEVALBUTEROL CONCENTRATE 1.25 MG/0.5 INHALATION SOLUTION	1	
LEVALBUTEROL TARTRATE HFA 45 MCG INHALER	1	
LEVETIRACETAM 100 MG/ML ORAL SOLUTION	1	
LEVETIRACETAM 500 MG/5 ML ORAL SOLUTION	1	
LEVETIRACETAM 1,000 MG/10 ML ORAL SOLUTION	1	
LEVETIRACETAM 250 MG TABLET	1	
LEVETIRACETAM 500 MG TABLET	1	
LEVETIRACETAM 750 MG TABLET	1	
LEVETIRACETAM 1,000 MG TABLET	1	
LEVETIRACETAM ER 500 MG TABLET	1	
LEVETIRACETAM ER 750 MG TABLET	1	
LEVOBUNOLOL 0.5% EYE DROPS	1	
LEVOCARNITINE 500 MG/5 ML ORAL SOLUTION	1	
LEVOCARNITINE 1 G/10 ML ORAL SOLUTION	1	
LEVOCARNITINE SF 1 G/10 ML ORAL SOLUTION	1	
LEVOCARNITINE 330 MG TABLET	1	
LEVOCETIRIZINE 2.5 MG/5 ML ORAL SOLUTION	1	
LEVOCETIRIZINE 5 MG TABLET	1	
LEVOFLOXACIN 0.5% EYE DROPS	1	
LEVOFLOXACIN 1.5% EYE DROPS	1	
LEVOFLOXACIN 25 MG/ML ORAL SOLUTION	1	
LEVOFLOXACIN 250 MG TABLET	1	
LEVOFLOXACIN 500 MG TABLET	1	
LEVOFLOXACIN 750 MG TABLET	1	
LEVONEST-28 TABLET	1	QL
LEVONORGESTREL 1.5 MG TABLET	1	
LEVONORGESTREL 0.15 MG-ETHINYL ESTRADIOL 20-25-30 MCG TABLET	1	
LEVONORGESTREL-ETHINYL ESTRADIOL 0.09-0.02 MG TABLET	1	
LEVONORGESTREL-ETHINYL ESTRADIOL 0.1-0.02 MG TABLET	1	
LEVONORGESTREL-ETHINYL ESTRADIOL 0.1-0.02-0.01 TABLET	1	
LEVONORGESTREL-ETHINYL ESTRADIOL 0.15-0.03 TABLET	1	
LEVONORGESTREL-ETHINYL ESTRADIOL 0.15-0.03-0.01 TABLET	1	

Nombre del medicamento	Nivel	Notas
LEVONORGESTREL-ETHINYL ESTRADIOL TRIPHASIC TABLET	1	PA, SRX
LEVONORGESTREL-ETHINYL ESTRADIOL-FE BIS 0.1-0.02-36 TABLET	1	
LEVORA-28 TABLET	1	
LEVORPHANOL 2 MG TABLET	4	
LEVORPHANOL 3 MG TABLET	4	
LEVO-T 25 MCG TABLET	1	
LEVO-T 50 MCG TABLET	1	
LEVO-T 75 MCG TABLET	1	
LEVO-T 88 MCG TABLET	1	
LEVO-T 100 MCG TABLET	1	
LEVO-T 112 MCG TABLET	1	
LEVO-T 125 MCG TABLET	1	
LEVO-T 137 MCG TABLET	1	
LEVO-T 150 MCG TABLET	1	
LEVO-T 175 MCG TABLET	1	
LEVO-T 200 MCG TABLET	1	
LEVO-T 300 MCG TABLET	1	
LEVOTHYROXINE 25 MCG TABLET	1	
LEVOTHYROXINE 50 MCG TABLET	1	
LEVOTHYROXINE 75 MCG TABLET	1	
LEVOTHYROXINE 88 MCG TABLET	1	
LEVOTHYROXINE 100 MCG TABLET	1	
LEVOTHYROXINE 112 MCG TABLET	1	
LEVOTHYROXINE 125 MCG TABLET	1	
LEVOTHYROXINE 137 MCG TABLET	1	
LEVOTHYROXINE 150 MCG TABLET	1	
LEVOTHYROXINE 175 MCG TABLET	1	
LEVOTHYROXINE 200 MCG TABLET	1	
LEVOTHYROXINE 300 MCG TABLET	1	
LEVOXYL 25 MCG TABLET	1	QL
LEVOXYL 50 MCG TABLET	1	
LEVOXYL 75 MCG TABLET	1	
LEVOXYL 88 MCG TABLET	1	
LEVOXYL 100 MCG TABLET	1	
LEVOXYL 112 MCG TABLET	1	
LEVOXYL 125 MCG TABLET	1	
LEVOXYL 137 MCG TABLET	1	
LEVOXYL 150 MCG TABLET	1	QL
LEVOXYL 175 MCG TABLET	1	
LEVOXYL 200 MCG TABLET	1	QL

Lista de medicamentos con receta de 4 niveles de Cigna Plus Texas para 2025

Nombre del medicamento	Nivel	Notas
LEVULAN KERASTICK 20%	3	
LEXIVA 50 MG/ML SUSPENSION	2	
LIDOCAINE 2% JELLY	1	
LIDOCAINE 2% JELLY URO-JET	1	
LIDOCAINE 2% JELLY URO-JET AC	1	
LIDOCAINE 5% OINTMENT	1	QL
LIDOCAINE 2% VISCOUS ORAL SOLUTION	1	
LIDOCAINE 5% PATCH	1	
LIDOCAINE 4% SOLUTION	1	
LIDOCAINE-PRILOCAINE CREAM	1	
LIDOCAN III 5% PATCH	1	
LIDOCAN IV 5% PATCH	1	
LIDOCAN V 5% PATCH	1	
LIFESHIELD BLUNT CANNULA	2	
LINDANE 1% SHAMPOO	1	
LINEZOLID 100 MG/5 ML SUSPENSION	3	PA
LINEZOLID 600 MG TABLET	2	PA
LINZESS 72 MCG CAPSULE	3	QL
LINZESS 145 MCG CAPSULE	3	QL
LINZESS 290 MCG CAPSULE	3	QL
LIOETHYRONINE 5 MCG TABLET	1	
LIOETHYRONINE 25 MCG TABLET	1	
LIOETHYRONINE 50 MCG TABLET	1	
LISDEXAMFETAMINE 10 MG CAPSULE	1	PA, QL
LISDEXAMFETAMINE 20 MG CAPSULE	1	PA, QL
LISDEXAMFETAMINE 30 MG CAPSULE	1	PA, QL
LISDEXAMFETAMINE 40 MG CAPSULE	1	PA, QL
LISDEXAMFETAMINE 50 MG CAPSULE	1	PA, QL
LISDEXAMFETAMINE 60 MG CAPSULE	1	PA, QL
LISDEXAMFETAMINE 70 MG CAPSULE	1	PA, QL
LISDEXAMFETAMINE 10 MG CHEWABLE TABLET	1	PA, QL
LISDEXAMFETAMINE 20 MG CHEWABLE TABLET	1	PA, QL
LISDEXAMFETAMINE 30 MG CHEWABLE TABLET	1	PA, QL
LISDEXAMFETAMINE 40 MG CHEWABLE TABLET	1	PA, QL
LISDEXAMFETAMINE 50 MG CHEWABLE TABLET	1	PA, QL
LISDEXAMFETAMINE 60 MG CHEWABLE TABLET	1	PA, QL
LISINOPRIL 2.5 MG TABLET	1	
LISINOPRIL 5 MG TABLET	1	
LISINOPRIL 10 MG TABLET	1	
LISINOPRIL 20 MG TABLET	1	
LISINOPRIL 30 MG TABLET	1	

Nombre del medicamento	Nivel	Notas
LISINOPRIL 40 MG TABLET	1	
LISINOPRIL-HCTZ 10-12.5 MG TABLET	1	
LISINOPRIL-HCTZ 20-12.5 MG TABLET	1	
LISINOPRIL-HCTZ 20-25 MG TABLET	1	
LITE TOUCH 31G 1/4" PEN NEEDLE	2	
LITE TOUCH INSULIN 0.5 ML SYRINGE	2	
LITE TOUCH INSULIN SYRINGE 0.5 ML	2	
LITE TOUCH INSULIN SYRINGE 1 ML	2	
LITE TOUCH PEN NEEDLE 29G	2	
LITE TOUCH PEN NEEDLE 31G	2	
LITEAIRE MDI CHAMBER	2	QL
LITETOUCH INSULIN SYRINGE 0.3 ML 29G 1/2"	2	
LITETOUCH INSULIN SYRINGE 0.3 ML 30G 5/16"	2	
LITETOUCH INSULIN SYRINGE 0.3 ML 31G 5/16"	2	
LITETOUCH INSULIN SYRINGE 0.5 ML 31G 5/16"	2	
LITETOUCH LARGE MASK	2	QL
LITETOUCH MEDIUM MASK	2	QL
LITETOUCH SMALL MASK	2	QL
LITETOUCH SYRINGE 0.5 ML 28G 1/2"	2	
LITETOUCH SYRINGE 0.5 ML 29G 1/2"	2	
LITETOUCH SYRINGE 0.5 ML 30G 5/16"	2	
LITETOUCH SYRINGE 1 ML 28G 1/2"	2	
LITETOUCH SYRINGE 1 ML 29G 1/2"	2	
LITETOUCH SYRINGE 1 ML 30G 5/16"	2	
LITHIUM 8 MEQ/5 ML ORAL SOLUTION	1	
LITHIUM CARBONATE 150 MG CAPSULE	1	
LITHIUM CARBONATE 300 MG CAPSULE	1	
LITHIUM CARBONATE 600 MG CAPSULE	1	
LITHIUM CARBONATE 300 MG TABLET	1	
LITHIUM CARBONATE ER 300 MG TABLET	1	
LITHIUM CARBONATE ER 450 MG TABLET	1	
LITHOSTAT 250 MG TABLET	3	
LIVE BETTER PEN NEEDLE 8MM	2	
LO LOESTRIN FE 1-10 TABLET	2	
LOJAIMIESS 0.1-0.02-0.01 TABLET	1	
LOKELMA 5 GRAM POWDER PACKET	3	
LOKELMA 10 GRAM POWDER PACKET	3	
LONSURF 15 MG-6.14 MG TABLET	4	PA, SRX, LDD
LONSURF 20 MG-8.19 MG TABLET	4	PA, SRX, LDD
LOPERAMIDE 2 MG CAPSULE	1	
LOPINAVIR-RITONAVIR 80-20 MG/ML ORAL SOLUTION	1	

Lista de medicamentos con receta de 4 niveles de Cigna Plus Texas para 2025

Nombre del medicamento	Nivel	Notas
LOPINAVIR-RITONAVIR 100-25 MG TABLET	1	
LOPINAVIR-RITONAVIR 200-50 MG TABLET	1	
LORAZEPAM 2 MG/ML ORAL CONCENTRATE	1	
LORAZEPAM INTENSOL 2 MG/ML ORAL CONCENTRATE	1	
LORAZEPAM 0.5 MG TABLET	1	
LORAZEPAM 1 MG TABLET	1	
LORAZEPAM 2 MG TABLET	1	
LORTAB 10 MG-300 MG/15 ML ELIXIR	1	PA
LORYNA 3 MG-0.02 MG TABLET	1	
LOSARTAN 25 MG TABLET	1	
LOSARTAN 50 MG TABLET	1	
LOSARTAN 100 MG TABLET	1	
LOSARTAN-HCTZ 50-12.5 MG TABLET	1	
LOSARTAN-HCTZ 100-12.5 MG TABLET	1	
LOSARTAN-HCTZ 100-25 MG TABLET	1	
LOTEPREDNOL 0.5% DROPS	2	
LOTEPREDNOL 0.5% EYE GEL	2	
LOVASTATIN 10 MG TABLET	1	
LOVASTATIN 20 MG TABLET	1	
LOVASTATIN 40 MG TABLET	1	
LOW-OGESTREL-28 TABLET	1	
LOXAPINE 5 MG CAPSULE	1	
LOXAPINE 10 MG CAPSULE	1	
LOXAPINE 25 MG CAPSULE	1	
LOXAPINE 50 MG CAPSULE	1	
LO-ZUMANDIMINE 3 MG-0.02 MG TABLET	1	
LUBIPROSTONE 8 MCG CAPSULE	3	
LUBIPROSTONE 24 MCG CAPSULE	3	
LURASIDONE 20 MG TABLET	3	QL
LURASIDONE 40 MG TABLET	3	QL
LURASIDONE 60 MG TABLET	3	QL
LURASIDONE 80 MG TABLET	3	QL
LURASIDONE 120 MG TABLET	3	QL
LUTERA-28 TABLET	1	
LYLEQ 0.35 MG TABLET	1	
LYLLANA 0.025 MG PATCH	1	QL
LYLLANA 0.0375 MG PATCH	1	QL
LYLLANA 0.05 MG PATCH	1	QL
LYLLANA 0.075 MG PATCH	1	QL
LYLLANA 0.1 MG PATCH	1	QL
LYNPARZA 100 MG TABLET	4	PA, QL, LDD, SRX

Nombre del medicamento	Nivel	Notas
LYNPARZA 150 MG TABLET	4	PA, QL, LDD, SRX
LYSODREN 500 MG TABLET	3	LDD
LYZA 0.35 MG TABLET	1	
MAGELLAN INSULIN SYRINGE 0.3 ML	2	
MAGELLAN INSULIN SYRINGE 0.5 ML	2	
MAGELLAN INSULIN SYRINGE 1 ML	2	
MALATHION 0.5% LOTION	2	
MARLISSA-28 TABLET	1	
MARPLAN 10 MG TABLET	3	
MATZIM LA 180 MG TABLET	1	
MATZIM LA 240 MG TABLET	1	
MATZIM LA 300 MG TABLET	1	
MATZIM LA 360 MG TABLET	1	
MATZIM LA 420 MG TABLET	1	
MAXICOMFORT INSULIN 0.5ML 27G 1/2"	2	
MAXICOMFORT INSULIN 1 ML 27G 1/2"	2	
MAXICOMFORT PEN NEEDLE 29G 5MM	2	
MAXICOMFORT PEN NEEDLE 29G 8MM	2	
MAXICOMFORT II PEN NEEDLE 31G 6MM	2	
MAXI-COMFORT INSULIN 0.5 ML 28G	2	
MAXI-COMFORT INSULIN 1 ML 28G 1/2"	2	
MECLIZINE 12.5 MG TABLET	1	
MECLIZINE 25 MG TABLET	1	
MECLOFENAMATE 50 MG CAPSULE	1	
MECLOFENAMATE 100 MG CAPSULE	1	
MEDICATION TRANSFER NEEDLE	2	
MEDISENSE GLUCOSE-KETONE CONTROL SOLUTION	2	
MEDISENSE H-L CONTROL SOLUTION	2	
MEDISENSE H-M-L CONTROL SOLUTION	2	
MEDISENSE MID CONTROL SOLUTION	2	
MEDPOINT CONTROL SOLUTION	2	
MEDROL 2 MG TABLET	3	
MEDROXYPROGESTERONE 2.5 MG TABLET	1	
MEDROXYPROGESTERONE 5 MG TABLET	1	
MEDROXYPROGESTERONE 10 MG TABLET	1	
MEDROXYPROGESTERONE 150 MG/ML	1	
MEDTRONIC EXTENDED INFUSION SET 23" 6MM	2	
MEDTRONIC EXTENDED INFUSION SET 23" 9MM	2	
MEDTRONIC EXTENDED INFUSION SET 32" 9MM	2	
MEDTRONIC REMOTE CONTROL	2	
MEFENAMIC ACID 250 MG CAPSULE	2	

Lista de medicamentos con receta de 4 niveles de Cigna Plus Texas para 2025

Nombre del medicamento	Nivel	Notas
MEFLOQUINE 250 MG TABLET	1	QL
MEGESTROL 40 MG/ML SUSPENSION	1	
MEGESTROL 400 MG/10ML SUSPENSION	1	
MEGESTROL 625 MG/5 ML SUSPENSION	3	
MEGESTROL 20 MG TABLET	1	
MEGESTROL 40 MG TABLET	1	
MEKINIST 0.05 MG/ML ORAL SOLUTION	4	PA, QL, SRX
MEKINIST 0.5 MG TABLET	4	PA, QL, SRX
MEKINIST 2 MG TABLET	4	PA, QL, SRX
MELODETTA 24 FE CHEWABLE TABLET	1	
MELOXICAM 7.5 MG TABLET	1	
MELOXICAM 15 MG TABLET	1	
MEMANTINE 2 MG/ML ORAL SOLUTION	1	
MEMANTINE 5 MG TABLET	1	
MEMANTINE 10 MG TABLET	1	
MEMANTINE 5-10 MG TITRATION PACK	1	
MENEST 0.3 MG TABLET	3	
MENEST 0.625 MG TABLET	3	
MENEST 1.25 MG TABLET	3	
MENEST 2.5 MG TABLET	3	
MENQUADFI VIAL	2	
MENVEO 1 VIAL-A-C-Y-W-135-DIP	2	
MENVEO A-C-Y-W KIT (2 VIALS)	2	
MEPERIDINE 50 MG/5 ML ORAL SOLUTION	2	PA
MEPERIDINE 50 MG TABLET	2	PA
MEPROBAMATE 200 MG TABLET	2	
MEPROBAMATE 400 MG TABLET	2	
MERCAPTOPYRINE 50 MG TABLET	1	
MERZEE 1 MG-20 MCG CAPSULE	1	
MESALAMINE 4 GM/60 ML ENEMA	3	
MESALAMINE 4 GM/60 ML ENEMA KIT	3	
MESALAMINE 800 MG DR TABLET	3	
MESALAMINE ER 0.375 GRAM CAPSULE	2	
MESALAMINE ER 500 MG CAPSULE	3	
MESNEX 400 MG TABLET	4	SRX
METAXALL 800 MG TABLET	3	
METAXALONE 400 MG TABLET	3	
METAXALONE 800 MG TABLET	3	
METFORMIN 500 MG TABLET	1	
METFORMIN 850 MG TABLET	1	
METFORMIN 1,000 MG TABLET	1	

Nombre del medicamento	Nivel	Notas
METFORMIN ER 500 MG TABLET	1	
METFORMIN ER 750 MG TABLET	1	
METHADONE 10 MG/ML ORAL CONCENTRATE	1	PA
METHADONE 5 MG/5 ML ORAL SOLUTION	1	PA
METHADONE 10 MG/5 ML ORAL SOLUTION	1	PA
METHADONE 5 MG TABLET	1	PA
METHADONE 10 MG TABLET	1	PA
METHADONE INTENSOL 10 MG/ML ORAL CONCENTRATE	1	PA
METHAMPHETAMINE 5 MG TABLET	3	QL
METHAZOLAMIDE 25 MG TABLET	2	
METHAZOLAMIDE 50 MG TABLET	2	
METHENAMINE HIPPURATE 1 GM TABLET	1	
METHENAMINE MANDELATE 500 MG TABLET	1	
METHENAMINE MANDELATE 1 GM TABLET	1	
METHERGINE 0.2 MG TABLET	3	
METHIMAZOLE 5 MG TABLET	1	
METHIMAZOLE 10 MG TABLET	1	
METHITEST 10 MG TABLET	4	SRX
METHOCARBAMOL 500 MG TABLET	1	
METHOCARBAMOL 750 MG TABLET	1	
METHOTREXATE 2.5 MG TABLET	1	
METHOXSALIN 10 MG SOFTGEL	3	
METHSCOPOLAMINE 2.5 MG TABLET	1	
METHSCOPOLAMINE 5 MG TABLET	1	
METHSUXIMIDE 300 MG CAPSULE	3	
METHYLDOPA 250 MG TABLET	1	
METHYLDOPA 500 MG TABLET	1	
METHYLDOPA-HCTZ 250-15 MG TABLET	1	
METHYLDOPA-HCTZ 250-25 MG TABLET	1	
METHYLERGONOVINE 0.2 MG TABLET	3	
METHYLPHENIDATE 2.5 MG CHEWABLE TABLET	1	QL
METHYLPHENIDATE 5 MG CHEWABLE TABLET	1	QL
METHYLPHENIDATE 10 MG CHEWABLE TABLET	1	QL
METHYLPHENIDATE 5 MG/5 ML ORAL SOLUTION	1	QL
METHYLPHENIDATE 10 MG/5 ML ORAL SOLUTION	1	QL
METHYLPHENIDATE 5 MG TABLET	1	QL
METHYLPHENIDATE 10 MG TABLET	1	QL
METHYLPHENIDATE 20 MG TABLET	1	QL
METHYLPHENIDATE CD 10 MG CAPSULE	2	QL
METHYLPHENIDATE CD 20 MG CAPSULE	2	QL
METHYLPHENIDATE CD 30 MG CAPSULE	2	QL

Lista de medicamentos con receta de 4 niveles de Cigna Plus Texas para 2025

Nombre del medicamento	Nivel	Notas	Nombre del medicamento	Nivel	Notas
METHYLPHENIDATE CD 40 MG CAPSULE	2	QL	METOPROLOL TARTRATE 25 MG TABLET	1	
METHYLPHENIDATE CD 50 MG CAPSULE	2	QL	METOPROLOL TARTRATE 37.5 MG TABLET	1	
METHYLPHENIDATE CD 60 MG CAPSULE	2	QL	METOPROLOL TARTRATE 50 MG TABLET	1	
METHYLPHENIDATE ER 10 MG TABLET	1	QL	METOPROLOL TARTRATE 75 MG TABLET	1	
METHYLPHENIDATE ER 18 MG TABLET	1	QL	METOPROLOL TARTRATE 100 MG TABLET	1	
METHYLPHENIDATE ER 20 MG TABLET	1	QL	METOPROLOL-HCTZ 50-25 MG TABLET	1	
METHYLPHENIDATE ER 27 MG TABLET	1	QL	METOPROLOL-HCTZ 100-25 MG TABLET	1	
METHYLPHENIDATE ER 36 MG TABLET	1	QL	METOPROLOL-HCTZ 100-50 MG TABLET	1	
METHYLPHENIDATE ER 54 MG TABLET	1	QL	METRONIDAZOLE 375 MG CAPSULE	1	
METHYLPHENIDATE ER(CD) 10MG CAPSULE	2	QL	METRONIDAZOLE 0.75% CREAM	1	
METHYLPHENIDATE ER(CD) 20MG CAPSULE	2	QL	METRONIDAZOLE 0.75% LOTION	1	
METHYLPHENIDATE ER(CD) 30MG CAPSULE	2	QL	METRONIDAZOLE 250 MG TABLET	1	
METHYLPHENIDATE ER(CD) 40MG CAPSULE	2	QL	METRONIDAZOLE 500 MG TABLET	1	
METHYLPHENIDATE ER(CD) 50MG CAPSULE	2	QL	METRONIDAZOLE TOPICAL 0.75% GEL	1	
METHYLPHENIDATE ER(CD) 60MG CAPSULE	2	QL	METRONIDAZOLE TOPICAL 1% GEL	1	
METHYLPHENIDATE ER(LA) 10MG CAPSULE	2	QL	METRONIDAZOLE TOPICAL 1% GEL PUMP	1	
METHYLPHENIDATE ER(LA) 20MG CAPSULE	2	QL	METRONIDAZOLE VAGINAL 0.75% GEL	1	
METHYLPHENIDATE ER(LA) 30MG CAPSULE	2	QL	METYROSINE 250 MG CAPSULE	4	PA, SRX
METHYLPHENIDATE ER(LA) 40MG CAPSULE	2	QL	MEXILETINE 150 MG CAPSULE	1	
METHYLPHENIDATE LA 10 MG CAPSULE	2	QL	MEXILETINE 200 MG CAPSULE	1	
METHYLPHENIDATE LA 20 MG CAPSULE	2	QL	MEXILETINE 250 MG CAPSULE	1	
METHYLPHENIDATE LA 30 MG CAPSULE	2	QL	MIBELAS 24 FE CHEWABLE TABLET	1	
METHYLPHENIDATE LA 40 MG CAPSULE	2	QL	MICONAZOLE 3 200 MG VAGINAL SUPPOSITORY	1	
METHYLPHENIDATE LA 60 MG CAPSULE	2	QL	MICROCHAMBER	2	QL
METHYLPREDNISOLONE 4 MG DOSEPACK	1		MICRODOT HIGH-LOW CONTROL SOLUTION	2	
METHYLPREDNISOLONE 4 MG TABLET	1		MICRODOT NORMAL CONTROL SOLUTION	2	
METHYLPREDNISOLONE 8 MG TABLET	1		MICRODOT PEN NEEDLE 31G 6MM	2	
METHYLPREDNISOLONE 16 MG TABLET	1		MICRODOT PEN NEEDLE 32G 4MM	2	
METHYLPREDNISOLONE 32 MG TABLET	1		MICRODOT PEN NEEDLE 33G 4MM	2	
METHYLTESTOSTERONE 10 MG CAPSULE	4	SRX	MICROGESTIN 21 1-20 TABLET	1	
METOCLOPRAMIDE 5 MG/5 ML ORAL SOLUTION	1		MICROGESTIN 21 1.5-30 TABLET	1	
METOCLOPRAMIDE 10 MG/10 ML ORAL SOLUTION	1		MICROGESTIN 24 FE 1 MG-20 MCG TABLET	1	
METOCLOPRAMIDE 5 MG TABLET	1		MICROGESTIN FE 1-20 TABLET	1	
METOCLOPRAMIDE 10 MG TABLET	1		MICROGESTIN FE 1.5-30 TABLET	1	
METOLAZONE 2.5 MG TABLET	1		MICROLIFE PEAK FLOW METER	2	
METOLAZONE 5 MG TABLET	1		MICROSPACER FOR AEROSOL DEVICE	2	QL
METOLAZONE 10 MG TABLET	1		MIDAZOLAM 2 MG/ML SYRUP	1	
METOPROLOL SUCCINATE ER 25 MG TABLET	1		MIDAZOLAM 5 MG/2.5 ML SYRUP	1	
METOPROLOL SUCCINATE ER 50 MG TABLET	1		MIDAZOLAM 10 MG/5 ML SYRUP	1	
METOPROLOL SUCCINATE ER 100 MG TABLET	1		MIDODRINE 2.5 MG TABLET	1	
METOPROLOL SUCCINATE ER 200 MG TABLET	1		MIDODRINE 5 MG TABLET	1	

Lista de medicamentos con receta de 4 niveles de Cigna Plus Texas para 2025

Nombre del medicamento	Nivel	Notas	Nombre del medicamento	Nivel	Notas	
MIDODRINE 10 MG TABLET	1	PA, SRX	MINIMED SURE T INFUSION SET 32"	2		
MIGERGOT 2-100 MG SUPPOSITORY	3		MINIMED SURE T INFUSION SET 18" 6MM	2		
MIGLITOL 25 MG TABLET	1		MINIMED SURE T INFUSION SET 23" 6MM	2		
MIGLITOL 50 MG TABLET	1		MINIMED SURE T INFUSION SET 23" 8MM	2		
MIGLITOL 100 MG TABLET	1		MINIMED SURE T INFUSION SET 32" 6MM	2		
MIGLUSTAT 100 MG CAPSULE	4		MINIMED SURE T INFUSION SET 32" 8MM	2		
MILI 0.25-0.035 MG TABLET	1		MINITRAN 0.1 MG/HR PATCH	1		
MIMVEY 1-0.5 MG TABLET	1		MINITRAN 0.2 MG/HR PATCH	1		
MINI PEN NEEDLE 32G 4MM	2		MINITRAN 0.4 MG/HR PATCH	1		
MINI PEN NEEDLE 32G 5MM	2		MINITRAN 0.6 MG/HR PATCH	1		
MINI PEN NEEDLE 32G 6MM	2		MINOCYCLINE 50 MG CAPSULE	1		
MINI PEN NEEDLE 32G 8MM	2		MINOCYCLINE 75 MG CAPSULE	1		
MINI PEN NEEDLE 33G 4MM	2		MINOCYCLINE 100 MG CAPSULE	1		
MINI PEN NEEDLE 33G 5MM	2		MINOCYCLINE 50 MG TABLET	1		
MINI PEN NEEDLE 33G 6MM	2		MINOCYCLINE 75 MG TABLET	1		
MINI ULTRA-THIN II PEN NEEDLE 31G	2		MINOCYCLINE 100 MG TABLET	1		
MINI WRIGHT PEAK FLOW METER	2		MINOXIDIL 2.5 MG TABLET	1		
MINIMED INFUSION SET	2		MINOXIDIL 10 MG TABLET	1		
MINIMED MIO ADVANCE INFUSION SET 23"6MM	2		MIRABEGRON ER 25 MG TABLET	3		QL
MINIMED MIO ADVANCE INFUSION SET 23"9MM	2		MIRABEGRON ER 50 MG TABLET	3		QL
MINIMED MIO ADVANCE INFUSION SET 43"6MM	2		MIRTAZAPINE 15 MG ODT TABLET	1		
MINIMED MIO ADVANCE INFUSION SET 43"9MM	2		MIRTAZAPINE 30 MG ODT TABLET	1		
MINIMED MIO INFUSION SET 18" 6MM	2		MIRTAZAPINE 45 MG ODT TABLET	1		
MINIMED MIO INFUSION SET 23" 6MM	2		MIRTAZAPINE 7.5 MG TABLET	1		
MINIMED MIO INFUSION SET 32" 6MM	2		MIRTAZAPINE 15 MG TABLET	1		
MINIMED MIO INFUSION SET 32" 9MM	2		MIRTAZAPINE 30 MG TABLET	1		
MINIMED QUICK INFUSION SET 18" 6MM	2		MIRTAZAPINE 45 MG TABLET	1		
MINIMED QUICK INFUSION SET 23" 6MM	2		MISOPROSTOL 100 MCG TABLET	1		
MINIMED QUICK INFUSION SET 23" 9MM	2		MISOPROSTOL 200 MCG TABLET	1		
MINIMED QUICK INFUSION SET 32" 6MM	2		M-M-R II VACCINE VIAL	2		
MINIMED QUICK INFUSION SET 32" 9MM	2		M-NATAL PLUS TABLET	1		
MINIMED QUICK INFUSION SET 43" 6MM	2		MODAFINIL 100 MG TABLET	3		PA
MINIMED QUICK INFUSION SET 43" 9MM	2		MODAFINIL 200 MG TABLET	3		PA
MINIMED QUICK-SERTER	2		MODERNA COVID (6M-5Y) VACCINE (EUA)	2		
MINIMED RESERVOIR 1.8 ML	2		MODERNA COVID (6-11Y) VACCINE (EUA)	2		
MINIMED RESERVOIR 3 ML	2		MODERNA COVID (12Y UP) VACCINE (EUA)	2		
MINIMED SILHOUETTE INFUSION SET 18"	2		MODERNA COVID-19 BOOSTER (EUA)	2		
MINIMED SILHOUETTE INFUSION SET 23"	2		MODERNA COVID 23-24 (6M-11Y) EUA	2		
MINIMED SILHOUETTE INFUSION SET 32"	2		MODERNA COVID BIVAL (6MO UP) EUA	2		
MINIMED SILHOUETTE INFUSION SET 43"	2		MODERNA COVID BIVAL (6MO-5Y) EUA	2		
MINIMED SURE T INFUSION SET 23"	2		MOEXIPRIL 7.5 MG TABLET	1		

Lista de medicamentos con receta de 4 niveles de Cigna Plus Texas para 2025

Nombre del medicamento	Nivel	Notas
MOEXIPRIL 15 MG TABLET	1	QL
MOLINDONE 5 MG TABLET	1	
MOLINDONE 10 MG TABLET	1	
MOLINDONE 25 MG TABLET	1	
MOMETASONE 0.1% CREAM	1	
MOMETASONE 50 MCG NASAL SPRAY	1	
MOMETASONE 0.1% OINTMENT	1	
MOMETASONE 0.1% TOPICAL SOLUTION	1	
MONDOXYNE NL 75 MG CAPSULE	1	
MONDOXYNE NL 100 MG CAPSULE	1	
MONOJECT 0.5 ML SYRINGE 28G 1/2"	2	
MONOJECT 1 ML SYRINGE 27 1/2"	2	
MONOJECT 1 ML SYRINGE 28G 1/2"	2	
MONOJECT 3 ML SYRINGE 21G 1"	2	
MONOJECT 3 ML SYRINGE 21G 1-1/2"	2	
MONOJECT 3 ML SYRINGE 22G 1-1/2"	2	
MONOJECT 3 ML SYRINGE 23G 1"	2	
MONOJECT 3 ML SYRINGE 25G 1"	2	
MONOJECT 3 ML SYRINGE 25G 1.25"	2	
MONOJECT 3 ML SYRINGE 25G 5/8"	2	
MONOJECT 3 ML SYRINGE 27G 1-1/4"	2	
MONOJECT 6 ML SYRINGE 20G 1-1/2"	2	
MONOJECT 6 ML SYRINGE 21G 1"	2	
MONOJECT 6 ML SYRINGE 21G 1-1/2"	2	
MONOJECT 6 ML SYRINGE 22G 1-1/2"	2	
MONOJECT 6CC SAFETY SYRINGE	2	
MONOJECT BLOOD COLLECTION NEEDLE 20G 1"	2	
MONOJECT BLOOD COLLECTION NEEDLE 20G 1.5	2	
MONOJECT BLOOD COLLECTION NEEDLE 21G 1"	2	
MONOJECT BLOOD COLLECTION NEEDLE 22G 1"	2	
MONOJECT FILTER 18G 1.5" NEEDLE	2	
MONOJECT HYPODERMIC NEEDLE	2	
MONOJECT HYPODERMIC NEEDLE 18 1A"	2	
MONOJECT HYPODERMIC NEEDLE 19 1"	2	
MONOJECT HYPODERMIC NEEDLE 19 1-1/2"	2	
MONOJECT HYPODERMIC NEEDLE 20 1"	2	
MONOJECT HYPODERMIC NEEDLE 20 1-1/2"	2	
MONOJECT HYPODERMIC NEEDLE 21 1"	2	
MONOJECT HYPODERMIC NEEDLE 21 1-1/2"	2	
MONOJECT HYPODERMIC NEEDLE 22 1"	2	
MONOJECT HYPODERMIC NEEDLE 22 1.5"	2	

Nombre del medicamento	Nivel	Notas
MONOJECT HYPODERMIC NEEDLE 23 1"	2	
MONOJECT HYPODERMIC NEEDLE 25 1"	2	
MONOJECT HYPODERMIC NEEDLE 25 1.5"	2	
MONOJECT HYPODERMIC NEEDLE 25 5/8"	2	
MONOJECT HYPODERMIC NEEDLE 26 1.5"	2	
MONOJECT HYPODERMIC NEEDLE 27 0.5"	2	
MONOJECT HYPODERMIC NEEDLE 27G 1-1/2"	2	
MONOJECT HYPODERMIC NEEDLE 30 3/4"	2	
MONOJECT INSULIN SYRINGE 0.3 ML	2	
MONOJECT INSULIN SYRINGE 0.5 ML	2	
MONOJECT INSULIN SYRINGE 1 ML	2	
MONOJECT INSULIN SYRINGE 3/10 ML	2	
MONOJECT INSULIN SYRINGE U100	2	
MONOJECT INSULIN SYRINGE U100 0.5 ML	2	
MONOJECT INSULIN SYRINGE U100 1 ML	2	
MONOJECT SYRINGE 0.3 ML	2	
MONOJECT SYRINGE 0.5 ML	2	
MONOJECT SYRINGE 1 ML	2	
MONOJECT SYRINGE 3 ML 20G 1"	2	
MONOJECT SYRINGE 3 ML 20G 1-1/2"	2	
MONOJECT SYRINGE 3 ML 20G 3/4"	2	
MONOJECT SYRINGE 3 ML 22G 1"	2	
MONO-LINYAH 28 TABLET	1	
MONTELUKAST 4 MG CHEWABLE TABLET	1	
MONTELUKAST 5 MG CHEWABLE TABLET	1	
MONTELUKAST 4 MG GRANULE	1	
MONTELUKAST 10 MG TABLET	1	
MORGIDOX 50 MG CAPSULE	1	
MORGIDOX 100 MG CAPSULE	1	
MORPHINE 100 MG/5 ML ORAL CONCENTRATE	1	PA
MORPHINE 10 MG/5 ML ORAL SOLUTION	1	PA
MORPHINE 20 MG/5 ML ORAL SOLUTION	1	PA
MORPHINE 5 MG SUPPOSITORY	1	PA
MORPHINE 10 MG SUPPOSITORY	1	PA
MORPHINE 20 MG SUPPOSITORY	1	PA
MORPHINE 30 MG SUPPOSITORY	1	PA
MORPHINE ER 10 MG CAPSULE	1	PA
MORPHINE ER 20 MG CAPSULE	1	PA
MORPHINE ER 30 MG CAPSULE	1	PA
MORPHINE ER 45 MG CAPSULE	1	PA
MORPHINE ER 50 MG CAPSULE	1	PA

Lista de medicamentos con receta de 4 niveles de Cigna Plus Texas para 2025

Nombre del medicamento	Nivel	Notas
MORPHINE ER 60 MG CAPSULE	1	PA
MORPHINE ER 75 MG CAPSULE	1	PA
MORPHINE ER 80 MG CAPSULE	1	PA
MORPHINE ER 90 MG CAPSULE	1	PA
MORPHINE ER 100 MG CAPSULE	1	PA
MORPHINE ER 120 MG CAPSULE	1	PA
MORPHINE ER 15 MG TABLET	1	PA
MORPHINE ER 30 MG TABLET	1	PA
MORPHINE ER 60 MG TABLET	1	PA
MORPHINE ER 100 MG TABLET	1	PA
MORPHINE ER 200 MG TABLET	1	PA
MORPHINE IR 15 MG TABLET	1	PA
MORPHINE IR 30 MG TABLET	1	PA
MOUNJARO 10 MG/0.5 ML PEN	2	PA, QL
MOUNJARO 12.5 MG/0.5 ML PEN	2	PA, QL
MOUNJARO 15 MG/0.5 ML PEN	2	PA, QL
MOUNJARO 2.5 MG/0.5 ML PEN	2	PA, QL
MOUNJARO 5 MG/0.5 ML PEN	2	PA, QL
MOUNJARO 7.5 MG/0.5 ML PEN	2	PA, QL
MOXIFLOXACIN 0.5% EYE DROPS	1	
MOXIFLOXACIN 0.5% EYE DROPS-VISCOUS	1	
MOXIFLOXACIN 400 MG TABLET	1	
MRESVIA 50 MCG/0.5 ML SYRINGE	2	
MS INSULIN SYRINGE 0.3 ML	2	
MS INSULIN SYRINGE 0.3 ML 29G 1/2"	2	
MS INSULIN SYRINGE 0.3 ML 31G 5/16"	2	
MS INSULIN SYRINGE 0.5 ML 29G 1/2"	2	
MS INSULIN SYRINGE 0.5 ML 30G 1/2"	2	
MS INSULIN SYRINGE 0.5 ML 31G 5/16"	2	
MS INSULIN SYRINGE 1 ML 29G 1/2"	2	
MS INSULIN SYRINGE 1 ML 30G 1/2"	2	
MS INSULIN SYRINGE 1 ML 31G 5/16"	2	
MS PEN NEEDLE 6MM 31G	2	
MULTISTIX 7 REAGENT TEST STRIP	2	
MULTISTIX 9 REAGENT TEST STRIP	2	
MULTISTIX 8 SG REAGENT TEST STRIP	2	
MULTISTIX 9 SG REAGENT TEST STRIP	2	
MULTISTIX 10 SG REAGENT TEST STRIP	2	
MULTISTIX REAGENT TEST STRIP	2	
MULTISTIX 5 TEST STRIP	2	
MULTIVITAMIN-FLUORIDE 0.25 MG CHEWABLE TABLET	1	

Nombre del medicamento	Nivel	Notas
MULTIVITAMIN-FLUORIDE 0.5 MG CHEWABLE TABLET	1	
MULTIVIT-FLUORIDE 1 MG CHEWABLE TABLET	1	
MULTIVITAMIN-FLUORIDE 0.25 MG/ML ORAL DROPS	1	
MUPIROCIN 2% CREAM	1	
MUPIROCIN 2% OINTMENT	1	
MY CHOICE 1.5 MG TABLET	1	
MY WAY 1.5 MG TABLET	1	
MYCOPHENOLATE 250 MG CAPSULE	1	
MYCOPHENOLATE 200 MG/ML SUSPENSION	1	
MYCOPHENOLATE 500 MG TABLET	1	
MYCOPHENOLIC ACID DR 180 MG TABLET	1	
MYCOPHENOLIC ACID DR 360 MG TABLET	1	
MYGLUCOHEALTH CONTROL SOLUTION PAK	2	
MYLERAN 2 MG TABLET	3	
MYNATAL CAPSULE	1	
MYNATAL PLUS CAPTAB	1	
MYNATAL ULTRACAPLET	1	
MYNATAL-Z CAPTAB	1	
MYORISAN 10 MG CAPSULE	3	
MYORISAN 20 MG CAPSULE	3	
MYORISAN 30 MG CAPSULE	3	
MYORISAN 40 MG CAPSULE	3	
MYRBETRIQ ER 25 MG TABLET	3	QL, ST
MYRBETRIQ ER 50 MG TABLET	3	QL, ST
MYTESI 125 MG DR TABLET	3	LDD
NABUMETONE 500 MG TABLET	1	
NABUMETONE 750 MG TABLET	1	
NADOLOL 20 MG TABLET	1	
NADOLOL 40 MG TABLET	1	
NADOLOL 80 MG TABLET	1	
NAFTIFINE 1% CREAM	2	
NAFTIFINE 2% CREAM	2	
NAFTIFINE 2% GEL	2	
NALOXONE 0.4 MG/ML CARPUJECT	1	
NALOXONE 4 MG NASAL SPRAY	1	QL
NALOXONE 0.4 MG/ML SYRINGE	1	
NALOXONE 2 MG/2 ML SYRINGE	1	
NALTREXONE 50 MG TABLET	1	QL
NAPROXEN 500 MG KIT	1	
NAPROXEN 250 MG TABLET	1	
NAPROXEN 275 MG TABLET	1	

Lista de medicamentos con receta de 4 niveles de Cigna Plus Texas para 2025

Nombre del medicamento	Nivel	Notas	Nombre del medicamento	Nivel	Notas
NAPROXEN 375 MG TABLET	1		NEUPRO 6 MG/24 HR PATCH	3	
NAPROXEN 500 MG TABLET	1		NEUPRO 8 MG/24 HR PATCH	3	
NAPROXEN 550 MG TABLET	1		NEVANAC 0.1% EYE DROPS	3	
NAPROXEN DR 375 MG TABLET	1		NEVIRAPINE 50 MG/5 ML SUSPENSION	1	
NAPROXEN DR 500 MG TABLET	1		NEVIRAPINE 200 MG TABLET	1	
NARATRIPTAN 1 MG TABLET	1	QL	NEVIRAPINE ER 100 MG TABLET	1	
NARATRIPTAN 2.5 MG TABLET	1	QL	NEVIRAPINE ER 400 MG TABLET	1	
NATACYN 5% EYE DROPS	3		NEW DAY 1.5 MG TABLET	1	
NATAZIA 28 TABLET	3		NEWGEN TABLET	1	
NATEGLINIDE 60 MG TABLET	1		NIACIN ER 500 MG TABLET	1	
NATEGLINIDE 120 MG TABLET	1		NIACIN ER 750 MG TABLET	1	
NAYZILAM 5 MG NASAL SPRAY	4	PA, QL, SRX	NIACIN ER 1,000 MG TABLET	1	
NEBUSAL 3% VIAL	1		NICARDIPINE 20 MG CAPSULE	2	
NECON 0.5-35-28 TABLET	1		NICARDIPINE 30 MG CAPSULE	2	
NEFAZODONE 50 MG TABLET	1		NICOTROL CARTRIDGE INHALER	3	
NEFAZODONE 100 MG TABLET	1		NICOTROL NS 10 MG/ML SPRAY	3	
NEFAZODONE 150 MG TABLET	1		NIFEDIPINE 10 MG CAPSULE	1	
NEFAZODONE 200 MG TABLET	1		NIFEDIPINE 20 MG CAPSULE	1	
NEFAZODONE 250 MG TABLET	1		NIFEDIPINE ER 30 MG TABLET	1	
NEOMYCIN 500 MG TABLET	1		NIFEDIPINE ER 60 MG TABLET	1	
NEOMYCIN-BACITRACIN-POLYMYXIN EYE OINTMENT	1		NIFEDIPINE ER 90 MG TABLET	1	
NEOMYCIN-BACITRACIN-POLYMYXIN-HC EYE OINTMENT	1		NIKKI 3 MG-0.02 MG TABLET	1	
NEOMYCIN-POLYMYXIN B 40 MG/ML AMPULE	1		NILUTAMIDE 150 MG TABLET	4	SRX
NEOMYCIN-POLYMYXIN B 40 MG/ML VIAL	1		NIMODIPINE 30 MG CAPSULE	3	
NEOMYCIN-POLYMYXIN-DEXAMETHASONE EYE DROPS	1		NINLARO 2.3 MG CAPSULE	4	PA, QL, LDD, SRX
NEOMYCIN-POLYMYXIN-DEXAMETHASONE EYE OINTMENT	1		NINLARO 3 MG CAPSULE	4	PA, QL, LDD, SRX
NEOMYCIN-POLYMYXIN-GRAMICIDIN EYE DROPS	1		NINLARO 4 MG CAPSULE	4	PA, QL, LDD, SRX
NEOMYCIN-POLYMYXIN-HC EAR SOLUTION	1		NISOLDIPINE ER 8.5 MG TABLET	1	QL
NEOMYCIN-POLYMYXIN-HC EAR SUSPENSION	1		NISOLDIPINE ER 17 MG TABLET	1	QL
NEOMYCIN-POLYMYXIN-HC EYE DROPS	1		NISOLDIPINE ER 20 MG TABLET	1	QL
NEO-POLYCIN EYE OINTMENT	1		NISOLDIPINE ER 25.5 MG TABLET	1	QL
NEO-POLYCIN HC EYE OINTMENT	1		NISOLDIPINE ER 30 MG TABLET	1	QL
NEUAC GEL	1		NISOLDIPINE ER 34 MG TABLET	1	QL
NEULASTA 6 MG/0.6 ML SYRINGE	4	PA, SRX	NISOLDIPINE ER 40 MG TABLET	1	QL
NEULASTA ONPRO 6 MG/0.6 ML KIT	4	PA, SRX	NITAZOXANIDE 500 MG TABLET	3	PA
NEUPRO 1 MG/24 HR PATCH	3		NITRO-BID 2% OINTMENT	1	
NEUPRO 2 MG/24 HR PATCH	3		NITROFURANTOIN 25 MG/5 ML SUSPENSION	3	
NEUPRO 3 MG/24 HR PATCH	3		NITROFURANTOIN MACRO 25 MG CAPSULE	1	
NEUPRO 4 MG/24 HR PATCH	3		NITROFURANTOIN MACRO 50 MG CAPSULE	1	
			NITROFURANTOIN MACRO 100 MG CAPSULE	1	
			NITROFURANTOIN MONO-MACRO 100 MG CAPSULE	1	

Lista de medicamentos con receta de 4 niveles de Cigna Plus Texas para 2025

Nombre del medicamento	Nivel	Notas
NITROGLYCERIN 0.4% OINTMENT	3	
NITROGLYCERIN 0.1 MG/HR PATCH	1	
NITROGLYCERIN 0.2 MG/HR PATCH	1	
NITROGLYCERIN 0.4 MG/HR PATCH	1	
NITROGLYCERIN 0.6 MG/HR PATCH	1	
NITROGLYCERIN 400 MCG SPRAY	1	
NITROGLYCERIN 0.3 MG SUBLINGUAL TABLET	1	
NITROGLYCERIN 0.4 MG SUBLINGUAL TABLET	1	
NITROGLYCERIN 0.6 MG SUBLINGUAL TABLET	1	
NITRO-TIME ER 2.5 MG CAPSULE	1	
NITRO-TIME ER 6.5 MG CAPSULE	1	
NITRO-TIME ER 9 MG CAPSULE	1	
NIVA THYROID 15 MG TABLET	1	
NIVA THYROID 30 MG TABLET	1	
NIVA THYROID 60 MG TABLET	1	
NIVA THYROID 90 MG TABLET	1	
NIVA THYROID 120 MG TABLET	1	
NIVA-PLUS TABLET	1	
NIVESTYM 300 MCG/0.5 ML SYRINGE	4	SRX
NIVESTYM 480 MCG/0.8 ML SYRINGE	4	SRX
NIVESTYM 300 MCG/ML VIAL	4	SRX
NIVESTYM 480 MCG/1.6 ML VIAL	4	SRX
NIZATIDINE 150 MG CAPSULE	1	
NIZATIDINE 300 MG CAPSULE	1	
NOLIX 0.05% CREAM	3	
NOLIX 0.05% LOTION	3	
NORA-BE TABLET	1	
NORELGESTROMIN-ETHINYL ESTRADIOL 150-35 MCG/DAY PATCH	1	
NORETHINDRONE 0.35 MG TABLET	1	
NORETHINDRONE 5 MG TABLET	1	
NORETHINDRONE-ESTRADIOL-FE 0.4-0.035(21)-75 CHEWABLE TABLET	1	
NORETHINDRONE-ESTRADIOL-FE 0.8-0.025 MG CHEWABLE TABLET	1	
NORETHINDRONE-ETHINYL ESTRADIOL 0.5-2.5 TABLET	1	
NORETHINDRONE-ETHINYL ESTRADIOL 1-0.02 MG TABLET	1	
NORETHINDRONE-ETHINYL ESTRADIOL 1 MG-5 MCG TABLET	1	
NORETHINDRONE-ETHINYL ESTRADIOL 1.5-0.03 MG(21) TABLET	1	

Nombre del medicamento	Nivel	Notas
NORETHINDRONE-ETHINYL ESTRADIOL-FE 1-0.02(24)-75 CAPSULE	1	
NORETHINDRONE-ETHINYL ESTRADIOL-FE 1-0.02(24)-75 CHEWABLE TABLET	1	
NORETHINDRONE-ETHINYL ESTRADIOL-FE 1-0.02(21)-75 TABLET	1	
NORETHINDRONE-ETHINYL ESTRADIOL-FE 1 MG/20-30-35 MCG TABLET	1	
NORETHINDRONE-ETHINYL ESTRADIOL-FE 1.5-0.03 MG(21)-75 TABLET	1	
NORGESTIMATE-ETHINYL ESTRADIOL 0.18-0.215-0.25/0.025 TABLET	1	
NORGESTIMATE-ETHINYL ESTRADIOL 0.25-0.035 MG TABLET	1	
NORLYDA 0.35 MG TABLET	1	
NORPACE CR 100 MG CAPSULE	3	
NORPACE CR 150 MG CAPSULE	3	
NORTREL 0.5-35-28 TABLET	1	
NORTREL 1-35 21 TABLET	1	
NORTREL 1-35 28 TABLET	1	
NORTREL 7-7-7-28 TABLET	1	
NORTRIPTYLINE 10 MG CAPSULE	1	
NORTRIPTYLINE 25 MG CAPSULE	1	
NORTRIPTYLINE 50 MG CAPSULE	1	
NORTRIPTYLINE 75 MG CAPSULE	1	
NORTRIPTYLINE 10 MG/5 ML ORAL SOLUTION	1	
NORVIR 100 MG POWDER PACKET	2	
NOVAVAX COVID VIAL (EUA)	2	
NOVAVAX COVID-19 VACCINE, ADJ(EUA)	2	
NOVOFINE 32G NEEDLE	2	
NOVOFINE AUTOCOVER 30G NEEDLE	2	
NOVOFINE PLUS PEN NEEDLE 32G 1/6"	2	
NOVOLOG 100 UNIT/ML FLEXPEN	3	QL, ST
NOVOLOG 100 UNIT/ML VIAL	3	QL, ST
NOVOLOG MIX 70-30 FLEXPEN	3	QL, ST
NOVOLOG MIX 70-30 VIAL	3	QL, ST
NOVOLOG PENFILL 100 UNIT/ML	3	QL, ST
NOVOPEN ECHO INSULIN DEVICE	2	
NOVOTWIST NEEDLE 32G 5MM	2	
NP THYROID 15 MG TABLET	1	
NP THYROID 30 MG TABLET	1	
NP THYROID 60 MG TABLET	1	
NP THYROID 90 MG TABLET	1	

Lista de medicamentos con receta de 4 niveles de Cigna Plus Texas para 2025

Nombre del medicamento	Nivel	Notas
NP THYROID 120 MG TABLET	1	
NUCYNTA 50 MG TABLET	3	PA
NUCYNTA 75 MG TABLET	3	PA
NUCYNTA 100 MG TABLET	3	PA
NUCYNTA ER 50 MG TABLET	3	PA
NUCYNTA ER 100 MG TABLET	3	PA
NUCYNTA ER 150 MG TABLET	3	PA
NUCYNTA ER 200 MG TABLET	3	PA
NUCYNTA ER 250 MG TABLET	3	PA
NUEDEXTA 20-10 MG CAPSULE	3	PA
NYAMYC 100,000 UNIT/GM POWDER	1	
NYLIA 1-35 28 TABLET	1	
NYLIA 7-7-7-28 TABLET	1	
NYMYO 0.25-0.035 MG (28) TABLET	1	
NYSTATIN 100,000 UNIT/GM CREAM	1	
NYSTATIN 100,000 UNIT/GM OINTMENT	1	
NYSTATIN 100,000 UNIT/GM POWDER	1	
NYSTATIN 100,000 UNIT/ML SUSPENSION	1	
NYSTATIN 500,000 UNIT/5 ML SUSPENSION	1	
NYSTATIN 500,000 UNIT ORAL TABLET	1	
NYSTATIN-TRIAMCINOLONE CREAM	1	
NYSTATIN-TRIAMCINOLONE OINTMENT	1	
NYSTOP 100,000 UNIT/GM POWDER	1	
NYVEPRIA 6 MG/0.6 ML SYRINGE	4	PA, SRX
OCELLA 3 MG-0.03 MG TABLET	1	
OCTREOTIDE 50 MCG/ML AMPULE	2	PA
OCTREOTIDE 100 MCG/ML AMPULE	2	PA
OCTREOTIDE 500 MCG/ML AMPULE	2	PA
OCTREOTIDE 50 MCG/ML SYRINGE	2	PA
OCTREOTIDE 100 MCG/ML SYRINGE	2	PA
OCTREOTIDE 500 MCG/ML SYRINGE	2	PA
OCTREOTIDE 0.05 MG/ML VIAL	2	PA
OCTREOTIDE 50 MCG/ML VIAL	2	PA
OCTREOTIDE 100 MCG/ML VIAL	2	PA
OCTREOTIDE 200 MCG/ML VIAL	2	PA
OCTREOTIDE 500 MCG/ML VIAL	2	PA
OCTREOTIDE 1,000 MCG/ML VIAL	2	PA
OCTREOTIDE 1,000 MCG/5 ML VIAL	2	PA
OCTREOTIDE 5,000 MCG/5 ML VIAL	2	PA
ODACTRA 12 SQ-HDM SUBLINGUAL TABLET	3	PA, QL
ODEFSEY TABLET	3	QL

Nombre del medicamento	Nivel	Notas
ODOMZO 200 MG CAPSULE	4	PA, QL, SRX
OFLOXACIN 0.3% EAR DROPS	1	
OFLOXACIN 0.3% EYE DROPS	1	
OFLOXACIN 300 MG TABLET	1	
OFLOXACIN 400 MG TABLET	1	
OLANZAPINE 2.5 MG TABLET	1	
OLANZAPINE 5 MG TABLET	1	
OLANZAPINE 7.5 MG TABLET	1	
OLANZAPINE 10 MG TABLET	1	
OLANZAPINE 15 MG TABLET	1	
OLANZAPINE 20 MG TABLET	1	
OLANZAPINE ODT 5 MG TABLET	1	
OLANZAPINE ODT 10 MG TABLET	1	
OLANZAPINE ODT 15 MG TABLET	1	
OLANZAPINE ODT 20 MG TABLET	1	
OLANZAPINE-FLUOXETINE 3-25 MG CAPSULE	1	
OLANZAPINE-FLUOXETINE 6-25 MG CAPSULE	1	
OLANZAPINE-FLUOXETINE 6-50 MG CAPSULE	1	
OLANZAPINE-FLUOXETINE 12-25 MG CAPSULE	1	
OLANZAPINE-FLUOXETINE 12-50 MG CAPSULE	1	
OLMESARTAN 5 MG TABLET	1	
OLMESARTAN 20 MG TABLET	1	
OLMESARTAN 40 MG TABLET	1	
OLMESARTAN-AMLODIPINE-HCTZ 20-5-12.5 MG TABLET	1	
OLMESARTAN-AMLODIPINE-HCTZ 40-5-12.5 MG TABLET	1	
OLMESARTAN-AMLODIPINE-HCTZ 40-5-25 MG TABLET	1	
OLMESARTAN-AMLODIPINE-HCTZ 40-10-12.5 MG TABLET	1	
OLMESARTAN-AMLODIPINE-HCTZ 40-10-25 MG TABLET	1	
OLMESARTAN-HCTZ 20-12.5 MG TABLET	1	
OLMESARTAN-HCTZ 40-12.5 MG TABLET	1	
OLMESARTAN-HCTZ 40-25 MG TABLET	1	
OLOPATADINE 0.1% EYE DROPS	1	
OLOPATADINE 0.2% EYE DROPS	1	
OLOPATADINE 665 MCG NASAL SPRAY	1	
OMEGA-3 ETHYL ESTERS 1 GM CAPSULE	1	
OMEPRAZOLE DR 10 MG CAPSULE	1	QL
OMEPRAZOLE DR 20 MG CAPSULE	1	QL
OMEPRAZOLE DR 40 MG CAPSULE	1	QL

Lista de medicamentos con receta de 4 niveles de Cigna Plus Texas para 2025

Nombre del medicamento	Nivel	Notas
OMNIPOD DASH INTRO KIT (GEN 4)	2	QL
OMNIPOD 5 G6 INTRO KIT (GEN 5)	2	QL
OMNIPOD 5 G6-G7 INTRO KIT (GEN 5)	2	QL
OMNIPOD CLASSIC PODS (GEN 3) 5 PACK	2	QL
OMNIPOD DASH PODS (GEN 4) 5 PACK	2	QL
OMNIPOD 5 G6 PODS (GEN 5) 5 PACK	2	QL
OMNIPOD 5 G6-G7 PODS (GEN 5)	2	QL
OMNIPOD CLASSIC PDM KIT (GEN 3)	2	QL
OMNIPOD GO 10 UNIT/DAY PODS	2	QL
OMNIPOD GO 15 UNIT/DAY PODS	2	QL
OMNIPOD GO 20 UNIT/DAY PODS	2	QL
OMNIPOD GO 25 UNIT/DAY PODS	2	QL
OMNIPOD GO 30 UNIT/DAY PODS	2	QL
OMNIPOD GO 35 UNIT/DAY PODS	2	QL
OMNIPOD GO 40 UNIT/DAY PODS	2	QL
ON CALL EXPRESS CONTROL SOLUTION PAK	2	
ON CALL PLUS CONTROL SOLUTION	2	
ON CALL VIVID CONTROL SOLUTION	2	
ONDANSETRON 4 MG/5 ML ORAL SOLUTION	1	
ONDANSETRON 4 MG TABLET	1	
ONDANSETRON 8 MG TABLET	1	
ONDANSETRON ODT 4 MG TABLET	1	
ONDANSETRON ODT 8 MG TABLET	1	
ONE WAY VALVED MOUTHPIECE	2	QL
ONETOUCH DELICA PLUS 30G LANCET	2	
ONETOUCH DELICA PLUS 33G LANCET	2	
ONETOUCH DELICA PLUS LANCING DEVICE	2	
ONETOUCH DELICA SAFETY 30G LANCETS	2	
ONETOUCH SOLUTIONS STARTER KIT	1	
ONETOUCH SURESOFT 18G LANCING DEVICE	2	
ONETOUCH SURESOFT 21G LANCING DEVICE	2	
ONETOUCH SURESOFT 28G LANCING DEVICE	2	
ONETOUCH ULTRA CONTROL SOLUTION	2	
ONETOUCH ULTRA TEST STRIP	2	
ONETOUCH ULTRA2 GLUCOSE SYSTEM	1	
ONETOUCH ULTRASOFT LANCETS	2	
ONETOUCH ULTRASOFT2 30G LANCETS	2	
ONETOUCH VERIO FLEX METER	1	
ONETOUCH VERIO HIGH CONTROL SOLUTION	2	
ONETOUCH VERIO MID CONTROL SOLUTION	2	
ONETOUCH VERIO REFLECT METER	1	

Nombre del medicamento	Nivel	Notas
ONETOUCH VERIO TEST STRIP	2	
OPCICON ONE-STEP 1.5 MG TABLET	1	
OPILL 0.075 MG TABLET	1	QL
OPIUM TINCTURE 10 MG/ML	2	PA
OPTICHAMBER ADULT MASK-LARGE	2	QL
OPTICHAMBER DIAMOND VHC	2	QL
OPTICHAMBER DIAMOND W-LARGE MASK	2	QL
OPTICHAMBER DIAMOND W-MEDIUM MASK	2	QL
OPTICHAMBER DIAMOND W-SMALL MASK	2	QL
OPTION 2 1.5 MG TABLET	1	
OPTUMRX GLUCOSE CONTROL SOLUTION	2	
ORACIT ORAL SOLUTION	3	
ORAL CITRATE SOLUTION	3	
ORALONE 0.1% DENTAL PASTE	1	
ORENCIA 125 MG/ML SYRINGE	4	PA, QL, SRX
ORENCIA 50 MG/0.4 ML SYRINGE	4	PA, QL, SRX
ORENCIA 87.5 MG/0.7 ML SYRINGE	4	PA, QL, SRX
ORENCIA CLICKJECT 125 MG/ML	4	PA, QL, SRX
ORPHENADRINE ER 100 MG TABLET	1	
OSCIMIN 0.125 MG TABLET	1	
OSCIMIN SL 0.125 MG SUBLINGUAL TABLET	1	
OSCIMIN SR 0.375 MG TABLET	1	
OSELTAMIVIR 30 MG CAPSULE	1	QL
OSELTAMIVIR 45 MG CAPSULE	1	QL
OSELTAMIVIR 75 MG CAPSULE	1	QL
OSELTAMIVIR 6 MG/ML SUSPENSION	1	QL
OSMOPREP TABLET	3	
OTEZLA 28 DAY STARTER PACK	4	PA, QL, SRX
OTEZLA 30 MG TABLET	4	PA, QL, SRX
OVAL TAPE	2	
OXANDROLONE 2.5 MG TABLET	3	PA
OXANDROLONE 10 MG TABLET	3	PA
OXAPROZIN 600 MG CAPLET	1	
OXAPROZIN 600 MG TABLET	1	
OXAZEPAM 10 MG CAPSULE	1	
OXAZEPAM 15 MG CAPSULE	1	
OXAZEPAM 30 MG CAPSULE	1	
OXCARBAZEPINE 300 MG/5 ML SUSPENSION	1	
OXCARBAZEPINE 150 MG TABLET	1	
OXCARBAZEPINE 300 MG TABLET	1	
OXCARBAZEPINE 600 MG TABLET	1	

Lista de medicamentos con receta de 4 niveles de Cigna Plus Texas para 2025

Nombre del medicamento	Nivel	Notas
OXICONAZOLE 1% CREAM	2	
OXYBUTYNIN 5 MG/5 ML SOLUTION	1	
OXYBUTYNIN 5 MG/5 ML SYRUP	1	
OXYBUTYNIN 5 MG TABLET	1	
OXYBUTYNIN ER 5 MG TABLET	1	
OXYBUTYNIN ER 10 MG TABLET	1	
OXYBUTYNIN ER 15 MG TABLET	1	
OXYCODONE (IR) 5 MG CAPSULE	1	PA
OXYCODONE (IR) 5 MG TABLET	1	PA
OXYCODONE (IR) 10 MG TABLET	1	PA
OXYCODONE (IR) 15 MG TABLET	1	PA
OXYCODONE (IR) 20 MG TABLET	1	PA
OXYCODONE (IR) 30 MG TABLET	1	PA
OXYCODONE 100 MG/5 ML ORAL CONCENTRATE	1	PA
OXYCODONE 5 MG/5 ML ORAL SOLUTION	1	PA
OXYCODONE-ACETAMINOPHEN 2.5-325 MG TABLET	1	PA
OXYCODONE-ACETAMINOPHEN 5-325 MG TABLET	1	PA
OXYCODONE-ACETAMINOPHEN 7.5-325 MG TABLET	1	PA
OXYCODONE-ACETAMINOPHEN 10-325 MG TABLET	1	PA
OXYCODONE-ASPIRIN 4.8355-325 MG TABLET	1	PA
OXYMORPHONE 5 MG TABLET	2	PA
OXYMORPHONE 10 MG TABLET	2	PA
OXYMORPHONE ER 5 MG TABLET	2	PA
OXYMORPHONE ER 7.5 MG TABLET	2	PA
OXYMORPHONE ER 10 MG TABLET	2	PA
OXYMORPHONE ER 15 MG TABLET	2	PA
OXYMORPHONE ER 20 MG TABLET	2	PA
OXYMORPHONE ER 30 MG TABLET	2	PA
OXYMORPHONE ER 40 MG TABLET	2	PA
PACERONE 200 MG TABLET	1	
PALIPERIDONE ER 1.5 MG TABLET	3	
PALIPERIDONE ER 3 MG TABLET	3	
PALIPERIDONE ER 6 MG TABLET	3	
PALIPERIDONE ER 9 MG TABLET	3	
PANCREAZE DR 2,600 UNIT CAPSULE	2	
PANCREAZE DR 4,200 UNIT CAPSULE	2	
PANCREAZE DR 10,500 UNIT CAPSULE	2	
PANCREAZE DR 16,800 UNIT CAPSULE	2	
PANCREAZE DR 21,000 UNIT CAPSULE	2	
PANCREAZE DR 37,000 UNIT CAPSULE	2	
PANDA MASK LARGE	2	QL
PANDA MASK MEDIUM	2	QL
PANDA MASK SMALL	2	QL

Nombre del medicamento	Nivel	Notas
PANRETIN 0.1% GEL	4	SRX
PANTOPRAZOLE DR 20 MG TABLET	1	QL
PANTOPRAZOLE DR 40 MG TABLET	1	QL
PARADIGM REMOTE CONTROL	2	
PARADIGM RESERVOIR 1.8 ML	2	
PARADIGM RESERVOIR 3 ML	2	
PARICALCITOL 1 MCG CAPSULE	1	
PARICALCITOL 2 MCG CAPSULE	1	
PARICALCITOL 4 MCG CAPSULE	1	
PAROEX 0.12% ORAL RINSE	1	
PAROMOMYCIN 250 MG CAPSULE	2	
PAROXETINE 10 MG TABLET	1	QL
PAROXETINE 20 MG TABLET	1	QL
PAROXETINE 30 MG TABLET	1	QL
PAROXETINE 40 MG TABLET	1	QL
PASER GRANULES 4 GM PACKET	3	
PAXLOVID 150-100 MG DOSE PACK	3	QL
PAXLOVID 300-100 MG DOSE PACK	3	QL
PAZOPANIB 200 MG TABLET	4	PA, QL, SRX
PC UNIFINE PENTIP 6MM NEEDLE	2	
PC UNIFINE PENTIP 8MM NEEDLE	2	
PC UNIFINE PENTIP 12MM NEEDLE	2	
PEAK-AIR PEAK FLOW METER	2	
PEDIARIX 0.5 ML SYRINGE	2	
PEDIATRIC MEDIUM MASK	2	QL
PEDIATRIC PANDA MASK	2	QL
PEDIATRIC SMALL MASK	2	QL
PEDIATRIC MOUTHPIECE	2	QL
PEDVAXHIB VACCINE VIAL	2	
PEG 3350-ELECTROLYTE ORAL SOLUTION	1	
PEG3350 100-7.5-2.691-1.01-5.9 POWDER PACKET	1	
PEG-3350 AND ELECTROLYTES ORAL SOLUTION	1	
PEGASYS 180 MCG/0.5 ML SYRINGE	4	PA, SRX
PEGASYS 180 MCG/ML VIAL	4	PA, SRX
PEG-PREP KIT	1	
PEN NEEDLE 12MM 29G	2	
PEN NEEDLE 30G 5MM	2	
PEN NEEDLE 30G 8MM	2	
PEN NEEDLE 30G 5/16"	2	
PEN NEEDLE 31G 5MM	2	
PEN NEEDLE 31G 6MM	2	

Lista de medicamentos con receta de 4 niveles de Cigna Plus Texas para 2025

Nombre del medicamento	Nivel	Notas
PEN NEEDLE 31G 8MM	2	
PEN NEEDLE 31G 1/4"	2	
PEN NEEDLE 31G 3/16"	2	
PEN NEEDLE 31G 5/16"	2	
PEN NEEDLE 32G 4MM	2	
PEN NEEDLE 32G 1/4"	2	
PEN NEEDLE 32G 3/16"	2	
PEN NEEDLE 32G 5/32"	2	
PEN NEEDLE 33G 4MM	2	
PEN NEEDLE 4MM 32G	2	
PEN NEEDLE 5MM 31G	2	
PEN NEEDLE 6MM 31G	2	
PEN NEEDLE 8MM 31G	2	
PENBRAYA KIT	2	
PENICILLAMINE 250 MG TABLET	4	PA, QL, SRX
PENICILLIN VK 125 MG/5 ML ORAL SOLUTION	1	
PENICILLIN VK 250 MG/5 ML ORAL SOLUTION	1	
PENICILLIN VK 250 MG TABLET	1	
PENICILLIN VK 500 MG TABLET	1	
PENTACEL VIAL KIT	2	
PENTAMIDINE 300 MG INHALATION POWDER	2	
PENTAZOCINE-NALOXONE TABLET	1	PA
PENTIP PEN NEEDLE 29G 12MM	2	
PENTIP PEN NEEDLE 29G 1/2"	2	
PENTIP PEN NEEDLE 31G 5MM	2	
PENTIP PEN NEEDLE 31G 6MM	2	
PENTIP PEN NEEDLE 31G 8MM	2	
PENTIP PEN NEEDLE 31G 1/4"	2	
PENTIP PEN NEEDLE 31G 3/16"	2	
PENTIP PEN NEEDLE 31G 5/16"	2	
PENTIP PEN NEEDLE 32G 4MM	2	
PENTIP PEN NEEDLE 32G 6MM	2	
PENTIP PEN NEEDLE 32G 5/32"	2	
PENTOXIFYLLINE ER 400 MG TABLET	1	
PERINDOPRIL 2 MG TABLET	1	
PERINDOPRIL 4 MG TABLET	1	
PERINDOPRIL 8 MG TABLET	1	
PERIOGARD 0.12% ORAL RINSE	1	
PERMETHRIN 5% CREAM	1	
PERPHENAZINE 2 MG TABLET	1	
PERPHENAZINE 4 MG TABLET	1	

Nombre del medicamento	Nivel	Notas
PERPHENAZINE 8 MG TABLET	1	
PERPHENAZINE 16 MG TABLET	1	
PERPHENAZINE-AMITRIPTYLINE 2 MG-10 MG TABLET	1	
PERPHENAZINE-AMITRIPTYLINE 2 MG-25 MG TABLET	1	
PERPHENAZINE-AMITRIPTYLINE 4 MG-10 MG TABLET	1	
PERPHENAZINE-AMITRIPTYLINE 4 MG-25 MG TABLET	1	
PERPHENAZINE-AMITRIPTYLINE 4 MG-50 MG TABLET	1	
PERSONAL BEST PEAK FLOW METER	2	
PFIZER COVID (6M-4Y)VAC-MAROON	2	
PFIZER COVID (5-11Y) VAC-ORANGE	2	
PFIZER COVID (12Y UP) VAC-GRAY	2	
PFIZER COVID (6M-4Y)EUA	2	
PFIZER COVID (5-11Y)EUA	2	
PFIZER COVID BIVAL (6MO-4Y)EUA	2	
PFIZER COVID BIVAL (5-11YR)EUA	2	
PFIZER COVID BIVAL (12Y UP)EUA	2	
PFIZER COVID-19 VACCINE-PURPLE	2	
PHASEAL PROTECTOR 14	2	
PHASEAL PROTECTOR 21	2	
PHASEAL PROTECTOR 28	2	
PHASEAL PROTECTOR 50	2	
PHENAZOPYRIDINE 100 MG TABLET	1	
PHENAZOPYRIDINE 200 MG TABLET	1	
PHENELZINE 15 MG TABLET	1	
PHENOBARBITAL 20 MG/5 ML ORAL SOLUTION	1	
PHENOBARBITAL 30 MG/7.5 ML ORAL SOLUTION	1	
PHENOBARBITAL 60 MG/15 ML ORAL SOLUTION	1	
PHENOBARBITAL 15 MG TABLET	1	
PHENOBARBITAL 16.2 MG TABLET	1	
PHENOBARBITAL 30 MG TABLET	1	
PHENOBARBITAL 32.4 MG TABLET	1	
PHENOBARBITAL 60 MG TABLET	1	
PHENOBARBITAL 64.8 MG TABLET	1	
PHENOBARBITAL 97.2 MG TABLET	1	
PHENOBARBITAL 100 MG TABLET	1	
PHENOXYBENZAMINE 10 MG CAPSULE	4	SRX
PHENYLEPHRINE 2.5% EYE DROPS	1	
PHENYLEPHRINE 10% EYE DROPS	1	
PHENYTOIN 50 MG CHEWABLE TABLET	1	
PHENYTOIN 50 MG INFATAB CHEW	1	
PHENYTOIN 100 MG/4 ML ORAL SUSPENSION	1	

Lista de medicamentos con receta de 4 niveles de Cigna Plus Texas para 2025

Nombre del medicamento	Nivel	Notas	Nombre del medicamento	Nivel	Notas
PHENYTOIN 125 MG/5 ML SUSPENSION	1		PNEUMOVAX 23 VIAL	2	
PHENYTOIN SODIUM EXT 100 MG CAPSULE	1		PNV 29-1 TABLET	1	
PHENYTOIN SODIUM EXT 200 MG CAPSULE	1		PNV PRENATAL PLUS MULTIVITAMIN TABLET	1	
PHENYTOIN SODIUM EXT 300 MG CAPSULE	1		PNV-DHA + DUCSATE SOFTGEL	1	
PHILITH 0.4-0.035 MG TABLET	1		PNV-DHA SOFTGEL	1	
PHOSLYRA 667 MG/5 ML ORAL SOLUTION	3		PNV-OMEGA SOFTGEL	1	
PHOSPHASAL TABLET	1		PNV-SELECT TABLET	1	
PHOSPHOLINE IODIDE 0.125% EYE DROPS	3	LDD	POCKET CHAMBER	2	QL
PHYSIOSOL IRRIGATION SOLUTION	3		POCKET PEAK FLOW METER	2	
PHYTONADIONE 5 MG TABLET	3		PODOFILOX 0.5% TOPICAL SOLUTION	1	
PIKO 1 FLOW METER	2		POLY HUB NEEDLE 18G 1"	2	
PILOCARPINE 1% EYE DROPS	1		POLY HUB NEEDLE 18G 1-1/2"	2	
PILOCARPINE 2% EYE DROPS	1		POLY HUB NEEDLE 21G 1"	2	
PILOCARPINE 4% EYE DROPS	1		POLY HUB NEEDLE 21G 1-1/2"	2	
PILOCARPINE 5 MG TABLET	1		POLY HUB NEEDLE 22G 1"	2	
PILOCARPINE 7.5 MG TABLET	1		POLY HUB NEEDLE 22G 1-1/2"	2	
PIMECROLIMUS 1% CREAM	3		POLY HUB NEEDLE 23G 1"	2	
PIMOZIDE 1 MG TABLET	1		POLY HUB NEEDLE 23G 1-1/2"	2	
PIMOZIDE 2 MG TABLET	1		POLY HUB NEEDLE 25G 1"	2	
PIMTREA 28 DAY TABLET	1		POLY HUB NEEDLE 25G 1-1/2"	2	
PINDOLOL 5 MG TABLET	1		POLY HUB NEEDLE 25G 5/8"	2	
PINDOLOL 10 MG TABLET	1		POLY HUB NEEDLE 27G 1/2"	2	
PIOGLITAZONE 15 MG TABLET	1		POLY HUB NEEDLE 27G 1-1/4"	2	
PIOGLITAZONE 30 MG TABLET	1		POLY HUB NEEDLE 30G 1/2"	2	
PIOGLITAZONE 45 MG TABLET	1		POLYCIN EYE OINTMENT	1	
PIOGLITAZONE-GLIMEPIRIDE 30 MG-2 MG TABLET	1		POLYMYXIN B-TMP EYE DROPS	1	
PIOGLITAZONE-GLIMEPIRIDE 30 MG-4 MG TABLET	1		POMALYST 1 MG CAPSULE	4	PA, QL, LDD, SRX
PIOGLITAZONE-METFORMIN 15 MG-500 MG TABLET	1		POMALYST 2 MG CAPSULE	4	PA, QL, LDD, SRX
PIOGLITAZONE-METFORMIN 15 MG-850 MG TABLET	1		POMALYST 3 MG CAPSULE	4	PA, QL, LDD, SRX
PIP GLUCOSE CONTROL SOLUTION L1-L2	2		POMALYST 4 MG CAPSULE	4	PA, QL, LDD, SRX
PIP PEN NEEDLE 31G 5MM	2		PORTIA-28 TABLET	1	
PIP PEN NEEDLE 32G 4MM	2		POSACONAZOLE 200 MG/5 ML SUSPENSION	3	
PIRFENIDONE 267 MG CAPSULE	4	PA, SRX	POSACONAZOLE DR 100 MG TABLET	3	QL
PIRFENIDONE 267 MG TABLET	4	PA, SRX	POTASSIUM CHLORIDE 10% (20 MEQ/15 ML) ORAL SOLUTION	1	
PIRFENIDONE 801 MG TABLET	4	PA, SRX	POTASSIUM CHLORIDE 10% (40 MEQ/30 ML) ORAL SOLUTION	1	
PIRMELLA 1-35 28 TABLET	1		POTASSIUM CHLORIDE 20% (40 MEQ/15 ML) ORAL SOLUTION	1	
PIRMELLA 7-7-7-28 TABLET	1		POTASSIUM CHLORIDE 20 MEQ PACKET	1	
PIROXICAM 10 MG CAPSULE	1		POTASSIUM CHLORIDE ER 8 MEQ CAPSULE	1	
PIROXICAM 20 MG CAPSULE	1		POTASSIUM CHLORIDE ER 10 MEQ CAPSULE	1	
PLAN B ONE-STEP 1.5 MG TABLET	3				
PNEUMOVAX 23 SYRINGE	2				

Lista de medicamentos con receta de 4 niveles de Cigna Plus Texas para 2025

Nombre del medicamento	Nivel	Notas
POTASSIUM CHLORIDE ER 8 MEQ TABLET	1	
POTASSIUM CHLORIDE ER 10 MEQ TABLET	1	
POTASSIUM CHLORIDE ER 15 MEQ TABLET	1	
POTASSIUM CHLORIDE ER 20 MEQ TABLET	1	
POTASSIUM CITRATE ER 5 MEQ TABLET	1	
POTASSIUM CITRATE ER 10 MEQ TABLET	1	
POTASSIUM CITRATE ER 15 MEQ TABLET	1	
POTASSIUM IODIDE 1 GM/ML ORAL SOLUTION	3	
PR NATAL 400 COMBO PACK	1	
PR NATAL 430 COMBO PACK	1	
PR NATAL 400 EC COMBO PACK	1	
PR NATAL 430 EC COMBO PACK	1	
PRADAXA 110 MG CAPSULE	3	PA, QL
PRAMIPEXOLE 0.125 MG TABLET	1	
PRAMIPEXOLE 0.25 MG TABLET	1	
PRAMIPEXOLE 0.5 MG TABLET	1	
PRAMIPEXOLE 0.75 MG TABLET	1	
PRAMIPEXOLE 1 MG TABLET	1	
PRAMIPEXOLE 1.5 MG TABLET	1	
PRAMIPEXOLE ER 0.375 MG TABLET	2	
PRAMIPEXOLE ER 0.75 MG TABLET	2	
PRAMIPEXOLE ER 1.5 MG TABLET	2	
PRAMIPEXOLE ER 2.25 MG TABLET	2	
PRAMIPEXOLE ER 3 MG TABLET	2	
PRAMIPEXOLE ER 3.75 MG TABLET	2	
PRAMIPEXOLE ER 4.5 MG TABLET	2	
PRAMOSONE 1% LOTION	3	
PRAMOSONE 2.5%-1% LOTION	3	
PRAMOSONE 1%-1% OINTMENT	3	
PRAMOSONE 2.5%-1% OINTMENT	3	
PRASUGREL 5 MG TABLET	1	
PRASUGREL 10 MG TABLET	1	
PRAVASTATIN 10 MG TABLET	1	
PRAVASTATIN 20 MG TABLET	1	
PRAVASTATIN 40 MG TABLET	1	
PRAVASTATIN 80 MG TABLET	1	
PRAZIQUANTEL 600 MG TABLET	3	
PRAZOSIN 1 MG CAPSULE	1	
PRAZOSIN 2 MG CAPSULE	1	
PRAZOSIN 5 MG CAPSULE	1	
PREDNICARBATE 0.1% CREAM	1	

Nombre del medicamento	Nivel	Notas
PREDNICARBATE 0.1% OINTMENT	1	
PREDNISOLONE 1% EYE DROPS	1	
PREDNISOLONE AC 1% EYE DROPS	1	
PREDNISOLONE ODT 10 MG TABLET	2	
PREDNISOLONE ODT 15 MG TABLET	2	
PREDNISOLONE ODT 30 MG TABLET	2	
PREDNISOLONE 5 MG/5 ML ORAL SOLUTION	1	
PREDNISOLONE 15 MG/5 ML ORAL SOLUTION	1	
PREDNISOLONE 25 MG/5 ML ORAL SOLUTION	1	
PREDNISON INTENSOL 5 MG/ML ORAL CONCENTRATE	2	
PREDNISON 5 MG/5 ML ORAL SOLUTION	1	
PREDNISON 1 MG TABLET	1	
PREDNISON 2.5 MG TABLET	1	
PREDNISON 5 MG TABLET	1	
PREDNISON 10 MG TABLET	1	
PREDNISON 20 MG TABLET	1	
PREDNISON 50 MG TABLET	1	
PREDNISON 5 MG TABLET DOSE PACK	1	
PREDNISON 10 MG TABLET DOSE PACK	1	
PREF PLUS INSULIN SYRINGE 0.3 ML 29G 1/2"	2	
PREF PLUS SYRINGE 0.5 ML 30G 5/16"	2	
PREF PLUS SYRINGE 1 ML 29G 1/2"	2	
PREFERRED PLUS 0.3 ML 30G 5/16"	2	
PREFERRED PLUS 0.5 ML 29G 1/2"	2	
PREFERRED PLUS SYRINGE 0.5 ML	2	
PREFERRED PLUS SYRINGE 1 ML	2	
PREFEST TABLET	1	
PREFPLS INSULIN SYRINGE 1 ML 30G 5/16"	2	
PREGABALIN 25 MG CAPSULE	1	QL
PREGABALIN 50 MG CAPSULE	1	QL
PREGABALIN 75 MG CAPSULE	1	QL
PREGABALIN 100 MG CAPSULE	1	QL
PREGABALIN 150 MG CAPSULE	1	QL
PREGABALIN 200 MG CAPSULE	1	QL
PREGABALIN 225 MG CAPSULE	1	QL
PREGABALIN 300 MG CAPSULE	1	QL
PREGABALIN 20 MG/ML ORAL SOLUTION	1	QL
PREHEVBRIO 10 MCG/ML VIAL	2	
PREMARIN 0.3 MG TABLET	3	
PREMARIN 0.45 MG TABLET	3	
PREMARIN 0.625 MG TABLET	3	

Lista de medicamentos con receta de 4 niveles de Cigna Plus Texas para 2025

Nombre del medicamento	Nivel	Notas
PREMARIN 0.9 MG TABLET	3	
PREMARIN 1.25 MG TABLET	3	
PRENA1 TRUE COMBO PACK	1	
PRENAISSANCE CAPSULE	1	
PRENAISSANCE PLUS SOFTGEL	1	
PRENATAL 19 CHEWABLE TABLET	1	
PRENATAL 19 TABLET	1	
PRENATAL PLUS-DHA COMBO PACK	1	
PRENATAL PLUS IRON TABLET	1	
PRENATAL PLUS VITAMIN-MINERAL TABLET	1	
PRENATAL VITAMIN PLUS LOW IRON TABLET	1	
PRENATAL-U CAPSULE	1	
PREPLUS CA-FE 27 MG-FA 1 MG TABLET	1	
PRETAB 29 MG-1 MG TABLET	1	
PREVALITE PACKET	1	
PREVALITE POWDER	1	
PREVENT PEN NEEDLE 31G 1/4"	2	
PREVENT PEN NEEDLE 31G 5/16"	2	
PREVIFEM TABLET	1	
PREVNAR 20 SYRINGE	2	
PREVYMIS 240 MG TABLET	3	PA, QL
PREVYMIS 480 MG TABLET	3	PA, QL
PREZCOBIX 800 MG-150 MG TABLET	2	
PREZISTA 100 MG/ML SUSPENSION	2	
PREZISTA 75 MG TABLET	2	
PREZISTA 150 MG TABLET	2	
PRIFTIN 150 MG TABLET	3	
PRIMAQUINE 26.3 MG TABLET	1	
PRIMEAIRE CHAMBER	2	QL
PRIMIDONE 50 MG TABLET	1	
PRIMIDONE 250 MG TABLET	1	
PRIMSOL 50 MG/5 ML ORAL SOLUTION	3	
PRIORIX VIAL	2	
PRO COMFORT 0.5 ML 30G 1/2"	2	
PRO COMFORT 0.5 ML 30G 5/16"	2	
PRO COMFORT 0.5 ML 31G 5/16"	2	
PRO COMFORT 1 ML 30G 1/2"	2	
PRO COMFORT 1 ML 30G 5/16"	2	
PRO COMFORT 1 ML 31G 5/16"	2	
PRO COMFORT PEN NEEDLE 31G 5/16"	2	
PRO COMFORT PEN NEEDLE 32G 1/4"	2	

Nombre del medicamento	Nivel	Notas
PRO COMFORT PEN NEEDLE 4MM 32G	2	
PRO COMFORT PEN NEEDLE 5MM 32G	2	
PRO COMFORT SPACER-ADULT MASK	2	QL
PRO COMFORT SPACER-CHILD MASK	2	QL
PRO COMFORT SPACER-INFANT MASK	2	QL
PROBENECID 500 MG TABLET	1	
PROBENECID-COLCHICINE TABLET	1	
PROCARE SPACER WITH ADULT MASK	2	QL
PROCARE SPACER WITH CHILD MASK	2	QL
PROCENTRA 5 MG/5 ML ORAL SOLUTION	1	QL
PROCHAMBER HOLDING CHAMBER	2	QL
PROCHLORPERAZINE 25 MG SUPPOSITORY	1	
PROCHLORPERAZINE 5 MG TABLET	1	
PROCHLORPERAZINE 10 MG TABLET	1	
PROCTO-MED HC 2.5% CREAM	1	
PROCTOSOL-HC 2.5% CREAM	1	
PROCTOZONE-HC 2.5% CREAM	1	
PRODIGY CONTROL SOLUTION	2	
PRODIGY CONTROL SOLUTION LOW	2	
PRODIGY INSULIN SYRINGE 1ML 28G 1/2"	2	
PRODIGY SYRINGE 0.3ML 31G 5/16"	2	
PRODIGY SYRINGE 0.5 ML 31G 5/16"	2	
PROGESTERONE 100 MG CAPSULE	1	
PROGESTERONE 200 MG CAPSULE	1	
PROGRAF 0.2 MG GRANULE PACKET	3	
PROGRAF 1 MG GRANULE PACKET	3	
PROMACTA 12.5 MG SUSPENSION PACKET	4	PA, LDD, SRX
PROMACTA 25 MG SUSPENSION PACKET	4	PA, LDD, SRX
PROMACTA 12.5 MG TABLET	4	PA, LDD, SRX
PROMACTA 25 MG TABLET	4	PA, LDD, SRX
PROMACTA 50 MG TABLET	4	PA, LDD, SRX
PROMACTA 75 MG TABLET	4	PA, LDD, SRX
PROMETHAZINE 12.5 MG SUPPOSITORY	2	
PROMETHAZINE 25 MG SUPPOSITORY	2	
PROMETHAZINE 6.25 MG/5 ML SYRUP	1	
PROMETHAZINE 12.5 MG TABLET	1	
PROMETHAZINE 25 MG TABLET	1	
PROMETHAZINE 50 MG TABLET	1	
PROMETHAZINE VC SYRUP	1	
PROMETHAZINE VC-CODEINE SYRUP	1	QL
PROMETHAZINE-CODEINE ORAL SOLUTION	1	QL

Lista de medicamentos con receta de 4 niveles de Cigna Plus Texas para 2025

Nombre del medicamento	Nivel	Notas
PROMETHAZINE-CODEINE SYRUP	1	QL
PROMETHAZINE-DM 6.25-15 MG/5 ML SYRUP	1	
PROMETHAZINE-PE-CODEINE SYRUP	1	QL
PROMETHAZINE-PHENYLEPHRINE SYRUP	1	
PROMETHEGAN 12.5 MG SUPPOSITORY	2	
PROMETHEGAN 25 MG SUPPOSITORY	2	
PROMETHEGAN 50 MG SUPPOSITORY	2	
PROPAFENONE 150 MG TABLET	1	
PROPAFENONE 225 MG TABLET	1	
PROPAFENONE 300 MG TABLET	1	
PROPAFENONE ER 225 MG CAPSULE	1	
PROPAFENONE ER 325 MG CAPSULE	1	
PROPAFENONE ER 425 MG CAPSULE	1	
PROPARACAIN 0.5% EYE DROPS	1	
PROPRANOLOL 20 MG/5 ML ORAL SOLUTION	1	
PROPRANOLOL 40 MG/5 ML ORAL SOLUTION	1	
PROPRANOLOL 10 MG TABLET	1	
PROPRANOLOL 20 MG TABLET	1	
PROPRANOLOL 40 MG TABLET	1	
PROPRANOLOL 60 MG TABLET	1	
PROPRANOLOL 80 MG TABLET	1	
PROPRANOLOL ER 60 MG CAPSULE	1	
PROPRANOLOL ER 80 MG CAPSULE	1	
PROPRANOLOL ER 120 MG CAPSULE	1	
PROPRANOLOL ER 160 MG CAPSULE	1	
PROPRANOLOL-HCTZ 40-25 MG TABLET	1	
PROPRANOLOL-HCTZ 80-25 MG TABLET	1	
PROPYLTHIOURACIL 50 MG TABLET	1	
PROQUAD VIAL	2	
PROTRIPTYLINE 5 MG TABLET	1	
PROTRIPTYLINE 10 MG TABLET	1	
PUB INSULIN SYRINGE 0.3 ML 30G 1/2"	2	
PUB INSULIN SYRINGE 0.3 ML 31G 5/16"	2	
PUB INSULIN SYRINGE 0.5 ML 30G 1/2"	2	
PUB INSULIN SYRINGE 0.5 ML 31G 5/16"	2	
PUB INSULIN SYRINGE 1 ML 30G 1/2"	2	
PUB INSULIN SYRINGE 1 ML 31G 5/16"	2	
PUB PEN 8MM 31G NEEDLE	2	
PUB PEN 12MM 29G NEEDLE	2	
PUB PEN NEEDLE 6MM 31G	2	
PUB UNIFINE PENTIP PLUS 31G 3/16	2	

Nombre del medicamento	Nivel	Notas
PULMOSAL 7% VIAL	1	PA, SRX
PULMOZYME 1 MG/ML AMPULE	4	
PURE COMFORT PEN NEEDLE 32G 4MM	2	
PURE COMFORT PEN NEEDLE 32G 5MM	2	
PURE COMFORT PEN NEEDLE 32G 6MM	2	
PURE COMFORT PEN NEEDLE 32G 8MM	2	
PURE COMFORT SAFETY PEN NEEDLE 31G 5MM	2	
PURE COMFORT SAFETY PEN NEEDLE 31G 6MM	2	
PURE COMFORT SAFETY PEN NEEDLE 32G 4MM	2	QL
PURE COMFORT SPACER-ADULT MASK	2	
PURECOMFORT PEAK FLOW METER ADULT	2	
PURECOMFORT PEAK FLOW METER CHILD	2	
PURIXAN 20 MG/ML ORAL SUSPENSION	4	PA, LDD, SRX
PV UNIFINE PENTIP PLUS 31G 5MM	2	
PV UNIFINE PENTIP PLUS 31G 6MM	2	
PV UNIFINE PENTIP PLUS 31G 8MM	2	
PV UNIFINE PENTIP PLUS 32G 4MM	2	
PV UNIFINE PENTIP PLUS 33G 4MM	2	
PYRAZINAMIDE 500 MG TABLET	1	PA, SRX
PYRIDOSTIGMINE 60 MG/5 ML ORAL SOLUTION	4	
PYRIDOSTIGMINE 60 MG TABLET	3	
PYRIDOSTIGMINE ER 180 MG TABLET	3	
PYRIMETHAMINE 25 MG TABLET	4	PA, LDD, SRX
QC UNIFINE PENTIP 32G 5/32"	2	
QC UNIFINE PENTIP 4MM 32G	2	
QUADRACEL DTAP-IPV	2	
QUAZEPAM 15 MG TABLET	3	PA
QUETIAPINE 25 MG TABLET	1	
QUETIAPINE 50 MG TABLET	1	
QUETIAPINE 100 MG TABLET	1	
QUETIAPINE 200 MG TABLET	1	
QUETIAPINE 300 MG TABLET	1	
QUETIAPINE 400 MG TABLET	1	
QUETIAPINE ER 50 MG TABLET	1	
QUETIAPINE ER 150 MG TABLET	1	
QUETIAPINE ER 200 MG TABLET	1	
QUETIAPINE ER 300 MG TABLET	1	
QUETIAPINE ER 400 MG TABLET	1	
QUINAPRIL 5 MG TABLET	1	
QUINAPRIL 10 MG TABLET	1	
QUINAPRIL 20 MG TABLET	1	

Lista de medicamentos con receta de 4 niveles de Cigna Plus Texas para 2025

Nombre del medicamento	Nivel	Notas
QUINAPRIL 40 MG TABLET	1	
QUINAPRIL-HCTZ 10-12.5 MG TABLET	1	
QUINAPRIL-HCTZ 20-12.5 MG TABLET	1	
QUINAPRIL-HCTZ 20-25 MG TABLET	1	
QUINIDINE GLUCONATE ER 324 MG TABLET	2	
QUINIDINE SULFATE 200 MG TABLET	1	
QUINIDINE SULFATE 300 MG TABLET	1	
QUININE SULFATE 324 MG CAPSULE	1	
QUTENZA 8% KIT (1 PATCH)	3	
QUTENZA 8% KIT (2 PATCH)	3	
QUTENZA 8% KIT (4 PATCH)	3	
QVAR REDHALER 40 MCG	2	
QVAR REDHALER 80 MCG	2	
RA INSULIN SYRINGE 0.5 ML 29G 1/2"	2	
RA INSULIN SYRINGE 0.5 ML 30G 5/16"	2	
RA INSULIN SYRINGE 1 ML 29G 1/2"	2	
RA INSULIN SYRINGE 1 ML 30G 5/16"	2	
RA PEN NEEDLE 31G 3/16"	2	
RA PEN NEEDLE 31G 5/16"	2	
RABEPRAZOLE DR 20 MG TABLET	1	QL
RALOXIFENE 60 MG TABLET	1	
RAMELTEON 8 MG TABLET	2	QL
RAMIPRIL 1.25 MG CAPSULE	1	
RAMIPRIL 2.5 MG CAPSULE	1	
RAMIPRIL 5 MG CAPSULE	1	
RAMIPRIL 10 MG CAPSULE	1	
RANOLAZINE ER 500 MG TABLET	3	QL
RANOLAZINE ER 1,000 MG TABLET	3	QL
RASAGILINE 0.5 MG TABLET	1	
RASAGILINE 1 MG TABLET	1	
RAYA SURE PEN NEEDLE 29G 12MM	2	
RAYA SURE PEN NEEDLE 31G 4MM	2	
RAYA SURE PEN NEEDLE 31G 5MM	2	
RAYA SURE PEN NEEDLE 31G 6MM	2	
RECLIPSEN 28 DAY TABLET	1	
RECOMBIVAX HB 5 MCG/0.5 ML SYRINGE	2	
RECOMBIVAX HB 10 MCG/ML SYRINGE	2	
RECOMBIVAX HB 5 MCG/0.5 ML VIAL	2	
RECOMBIVAX HB 10 MCG/ML VIAL	2	
RECOMBIVAX HB 40 MCG/ML VIAL	2	
RECTIV 0.4% OINTMENT	3	

Nombre del medicamento	Nivel	Notas
REFUAH PLUS CONTROL SOLUTION	2	
REGRANEX 0.01% GEL	3	PA, QL
RELENZA 5 MG DISKHALER	3	QL
RELI ON 31G 1/4" NEEDLE	2	
RELION INSULIN SYRINGE 0.3 ML 29G 1/2"	2	
RELION INSULIN SYRINGE 0.3 ML 31G 6MM	2	
RELION INSULIN SYRINGE 0.5 ML	2	
RELION INSULIN SYRINGE 0.5 ML 29G 1/2"	2	
RELION INSULIN SYRINGE 0.5 ML 31G 6MM	2	
RELION INSULIN SYRINGE 1 ML 29G 1/2"	2	
RELION INSULIN SYRINGE 1 ML 31G 5/16"	2	
RELION INSULIN SYRINGE 1 ML 31G 15/64"	2	
RELION KETONE TEST STRIP	2	
RELION MINI PEN NEEDLE 31G 1/4"	2	
RELION NOVOLOG U-100 FLEXPEN	3	QL, ST
RELION NOVOLOG MIX 70-30 FLEXPEN	3	QL, ST
RELION NOVOLOG 100 UNIT/ML VIAL	3	QL, ST
RELION NOVOLOG MIX 70-30 VIAL	3	QL, ST
RELION PEN NEEDLE 29G	2	
RELION PEN NEEDLE 29G 1/2"	2	
RELION PEN NEEDLE 31G	2	
RELION PEN NEEDLE 31G 6MM	2	
RELION PEN NEEDLE 31G 1/4"	2	
RELION PEN NEEDLE 31G 5/16"	2	
RELION PEN NEEDLE 32G 5/32"	2	
RELION SYRINGE 0.3 ML 31G 5/16"	2	
RELION SYRINGE 0.5 ML 31G 5/16"	2	
RELISTOR 8 MG/0.4 ML SYRINGE	3	PA
RELISTOR 12 MG/0.6 ML SYRINGE	3	PA
RELISTOR 12 MG/0.6 ML VIAL	3	PA
RELISTOR 150 MG TABLET	3	PA
RENACIDIN IRRIGATION SOLUTION	3	
REPAGLINIDE 0.5 MG TABLET	1	
REPAGLINIDE 1 MG TABLET	1	
REPAGLINIDE 2 MG TABLET	1	
REPATHA 140 MG/ML SURECLICK	4	PA, SRX
REPATHA 140 MG/ML SYRINGE	4	PA, SRX
REPATHA 420 MG/3.5 ML PUSHTRONEX	4	PA, SRX
RESPA A.R. TABLET SA	3	
REVLIMID 2.5 MG CAPSULE	4	PA, QL, LDD, SRX
REVLIMID 5 MG CAPSULE	4	PA, QL, LDD, SRX

Lista de medicamentos con receta de 4 niveles de Cigna Plus Texas para 2025

Nombre del medicamento	Nivel	Notas
REVLIMID 10 MG CAPSULE	4	PA, QL, LDD, SRX
REVLIMID 15 MG CAPSULE	4	PA, QL, LDD, SRX
REVLIMID 20 MG CAPSULE	4	PA, QL, LDD, SRX
REVLIMID 25 MG CAPSULE	4	PA, QL, LDD, SRX
REYATAZ 50 MG POWDER PACKET	2	
REZDIFFRA 60 MG TABLET	4	PA, QL, SRX
REZDIFFRA 80 MG TABLET	4	PA, QL, SRX
REZDIFFRA 100 MG TABLET	4	PA, QL, SRX
RIBAVIRIN 200 MG CAPSULE	3	
RIBAVIRIN 200 MG TABLET	3	
RIFABUTIN 150 MG CAPSULE	2	
RIFAMPIN 150 MG CAPSULE	1	
RIFAMPIN 300 MG CAPSULE	1	
RIGHTEST CONTROL SOLUTION HIGH	2	
RIGHTEST CONTROL SOLUTION NORMAL	2	
RILUZOLE 50 MG TABLET	4	SRX
RIMANTADINE 100 MG TABLET	1	
RINVOQ LQ 1 MG/ML SOLUTION	4	PA, QL, SRX
RINVOQ ER 15 MG TABLET	4	PA, QL, LDD, SRX
RINVOQ ER 30 MG TABLET	4	PA, QL, LDD, SRX
RINVOQ ER 45 MG TABLET	4	PA, QL, LDD, SRX
RISEDRONATE 5 MG TABLET	2	
RISEDRONATE 30 MG TABLET	2	
RISEDRONATE 35 MG TABLET	2	
RISEDRONATE 150 MG TABLET	2	
RISEDRONATE DR 35 MG TABLET	2	
RISPERIDONE 1 MG/ML ORAL SOLUTION	1	
RISPERIDONE 0.25 MG ODT TABLET	1	
RISPERIDONE 0.5 MG ODT TABLET	1	
RISPERIDONE 1 MG ODT TABLET	1	
RISPERIDONE 2 MG ODT TABLET	1	
RISPERIDONE 3 MG ODT TABLET	1	
RISPERIDONE 4 MG ODT TABLET	1	
RISPERIDONE 0.25 MG TABLET	1	
RISPERIDONE 0.5 MG TABLET	1	
RISPERIDONE 1 MG TABLET	1	
RISPERIDONE 2 MG TABLET	1	
RISPERIDONE 3 MG TABLET	1	
RISPERIDONE 4 MG TABLET	1	
RITEFLO SPACER	2	QL
RITONAVIR 100 MG TABLET	1	

Nombre del medicamento	Nivel	Notas
RIVASTIGMINE 1.5 MG CAPSULE	1	
RIVASTIGMINE 3 MG CAPSULE	1	
RIVASTIGMINE 4.5 MG CAPSULE	1	
RIVASTIGMINE 6 MG CAPSULE	1	
RIVASTIGMINE 4.6 MG/24HR PATCH	1	
RIVASTIGMINE 9.5 MG/24HR PATCH	1	
RIVASTIGMINE 13.3 MG/24HR PATCH	1	
RIVELSA TABLET	1	
RIZATRIPTAN 5 MG ODT TABLET	1	QL
RIZATRIPTAN 10 MG ODT TABLET	1	QL
RIZATRIPTAN 5 MG TABLET	1	QL
RIZATRIPTAN 10 MG TABLET	1	QL
R-NATAL OB SOFTGEL	1	
ROFLUMILAST 250 MCG TABLET	3	QL
ROFLUMILAST 500 MCG TABLET	3	QL
ROPINIROLE 0.25 MG TABLET	1	
ROPINIROLE 0.5 MG TABLET	1	
ROPINIROLE 1 MG TABLET	1	
ROPINIROLE 2 MG TABLET	1	
ROPINIROLE 3 MG TABLET	1	
ROPINIROLE 4 MG TABLET	1	
ROPINIROLE 5 MG TABLET	1	
ROPINIROLE ER 2 MG TABLET	1	
ROPINIROLE ER 4 MG TABLET	1	
ROPINIROLE ER 6 MG TABLET	1	
ROPINIROLE ER 8 MG TABLET	1	
ROPINIROLE ER 12 MG TABLET	1	
ROSADAN 0.75% CREAM	1	
ROSADAN 0.75% GEL	1	
ROSUVASTATIN 5 MG TABLET	1	
ROSUVASTATIN 10 MG TABLET	1	
ROSUVASTATIN 20 MG TABLET	1	
ROSUVASTATIN 40 MG TABLET	1	
ROTARIX VACCINE ORAL SYRINGE	2	
ROTARIX VACCINE SUSPENSION	2	
ROTATEQ VACCINE	2	
ROWEEPR 500 MG TABLET	1	
ROWEEPR 750 MG TABLET	1	
ROWEEPR 1,000 MG TABLET	1	
RUFINAMIDE 40 MG/ML SUSPENSION	3	PA, QL
RUFINAMIDE 200 MG TABLET	3	PA, QL

Lista de medicamentos con receta de 4 niveles de Cigna Plus Texas para 2025

Nombre del medicamento	Nivel	Notas
RUFINAMIDE 400 MG TABLET	3	PA, QL
RYBELSUS 14 MG TABLET	2	PA, QL
RYBELSUS 3 MG TABLET	2	PA, QL
RYBELSUS 7 MG TABLET	2	PA, QL
SAFESNAP INSULIN SYRINGE 0.3 ML	2	
SAFESNAP INSULIN SYRINGE 0.5 ML	2	
SAFESNAP INSULIN SYRINGE 1 ML	2	
SAFETY PEN NEEDLE 31G 4MM	2	
SAFETY PEN NEEDLE 31G 5MM	2	
SAJAZIR 30 MG/3 ML SYRINGE	4	PA, LDD, SRX
SALICYLIC ACID 27.5% LIQUID	1	
SALSALATE 500 MG TABLET	1	
SALSALATE 750 MG TABLET	1	
SANTYL OINTMENT	3	PA, QL
SAPROTERIN 100 MG POWDER PACKET	4	PA, SRX
SAPROTERIN 500 MG POWDER PACKET	4	PA, SRX
SAPROTERIN 100 MG TABLET	4	PA, SRX
SAVAYSA 15 MG TABLET	3	PA, QL
SAVAYSA 30 MG TABLET	3	PA, QL
SAVAYSA 60 MG TABLET	3	PA, QL
SAVELLA 12.5 MG TABLET	3	
SAVELLA 25 MG TABLET	3	
SAVELLA 50 MG TABLET	3	
SAVELLA 100 MG TABLET	3	
SAVELLA TITRATION PACK	3	
SAXAGLIPTIN 2.5 MG TABLET	1	QL
SAXAGLIPTIN 5 MG TABLET	1	QL
SAXAGLIPTIN-METFORMIN ER 2.5-1000 TABLET	1	QL
SAXAGLIPTIN-METFORMIN ER 5-500 TABLET	1	QL
SAXAGLIPTIN-METFORMIN ER 5-1000 TABLET	1	QL
SCOPOLAMINE 1 MG/3 DAY PATCH	1	
SECONAL 100 MG CAPSULE	3	
SECURESAFE PEN NEEDLE 30G 5/16"	2	
SECURESAFE SYRINGE 0.5 ML 29G 1/2"	2	
SECURESAFE SYRINGE 1 ML 29G 1/2"	2	
SELEGILINE 5 MG CAPSULE	1	
SELEGILINE 5 MG TABLET	1	
SELENIUM SULFIDE 2.25% SHAMPOO	1	
SELENIUM SULFIDE 2.5% LOTION	1	
SE-NATAL 19 CHEWABLE TABLET	1	
SE-NATAL-19 TABLET	1	

Nombre del medicamento	Nivel	Notas
SERTRALINE 20 MG/ML ORAL CONCENTRATE	1	QL
SERTRALINE 25 MG TABLET	1	QL
SERTRALINE 50 MG TABLET	1	QL
SERTRALINE 100 MG TABLET	1	QL
SETLAKIN 0.15 MG-0.03 MG TABLET	1	
SEVELAMER CARBONATE 800 MG TABLET	3	
SF 1.1% GEL	1	
SF 5000 PLUS TOOTHPASTE	1	
SHAROBEL 0.35 MG TABLET	1	
SHINGRIX VIAL KIT	2	QL
SHOPKO UNIFINE PENTIP 4MM 32G	2	
SHOPKO UNIFINE PENTIP 5MM 31G	2	
SHOPKO UNIFINE PENTIP 8MM 31G	2	
SHOPKO UNIFINE PENTIP 12MM 29G	2	
SIDESTREAM PEDIATRIC FACE MASK	2	QL
SIGNIFOR 0.3 MG/ML AMPULE	4	PA, LDD, SRX
SIGNIFOR 0.6 MG/ML AMPULE	4	PA, LDD, SRX
SIGNIFOR 0.9 MG/ML AMPULE	4	PA, LDD, SRX
SILDENAFIL 20 MG TABLET	4	PA, SRX
SILHOUETTE INFUSION SET 23"	2	
SILICONE MASK-INFANT	2	QL
SILICONE MASK-PEDIATRIC	2	QL
SILODOSIN 4 MG CAPSULE	1	QL
SILODOSIN 8 MG CAPSULE	1	QL
SIL-SERTER INFUSION SET	2	
SILVER NITRATE 0.5% TOPICAL SOLUTION	1	
SILVER NITRATE 10% TOPICAL SOLUTION	1	
SILVER NITRATE 25% TOPICAL SOLUTION	1	
SILVER NITRATE 50% TOPICAL SOLUTION	1	
SILVER SULFADIAZINE 1% CREAM	1	
SIMBRINZA 1%-0.2% EYE DROPS	2	
SIMLANDI(CF) AI 40 MG/0.4 ML AUTO-INJECTOR	4	PA, QL, SRX
SIMLIYA 28 DAY TABLET	1	
SIMPESSE 0.15-0.03-0.01 MG TABLET	1	
SIMVASTATIN 5 MG TABLET	1	
SIMVASTATIN 10 MG TABLET	1	
SIMVASTATIN 20 MG TABLET	1	
SIMVASTATIN 40 MG TABLET	1	
SIMVASTATIN 80 MG TABLET	1	QL
SIROLIMUS 1 MG/ML ORAL SOLUTION	4	SRX
SIROLIMUS 0.5 MG TABLET	1	

Lista de medicamentos con receta de 4 niveles de Cigna Plus Texas para 2025

Nombre del medicamento	Nivel	Notas
SIROLIMUS 1 MG TABLET	1	
SIROLIMUS 2 MG TABLET	1	
SIRTURO 20 MG TABLET	3	PA
SIRTURO 100 MG TABLET	3	PA
SKY SAFETY PEN NEEDLE 30G 5MM	2	
SKY SAFETY PEN NEEDLE 30G 8MM	2	
SKYRIZI 150 MG/ML PEN	4	PA, QL, SRX
SKYRIZI 150 MG/ML SYRINGE	4	PA, QL, SRX
SKYRIZI 180 MG/1.2 ML ON-BODY	4	PA, QL, SRX
SKYRIZI 360 MG/2.4 ML ON-BODY	4	PA, QL, SRX
SLYND 4 MG TABLET	3	
SM INSULIN SYRINGE 0.3 ML 29G 1/2"	2	
SM INSULIN SYRINGE 0.3 ML 30G 5/16"	2	
SM INSULIN SYRINGE 0.3 ML 31G 5/16"	2	
SM INSULIN SYRINGE 0.5 ML 28G 1/2"	2	
SM INSULIN SYRINGE 0.5 ML 29G 1/2"	2	
SM INSULIN SYRINGE 0.5 ML 30G 5/16"	2	
SM INSULIN SYRINGE 0.5 ML 31G 5/16"	2	
SM INSULIN SYRINGE 1 ML 28G 1/2"	2	
SM INSULIN SYRINGE 1 ML 29G 1/2"	2	
SM INSULIN SYRINGE 1 ML 30G 5/16"	2	
SM INSULIN SYRINGE 1 ML 31G 5/16"	2	
SMARTTEST CONTROL SOLUTION	2	
SODIUM CHLORIDE 0.9% INHALATION VIAL	1	
SODIUM CHLORIDE 0.9% IRRIGATION	1	
SODIUM CHLORIDE 0.9% PROCESSING SOLUTION	1	
SODIUM CHLORIDE 3% VIAL	1	
SODIUM CHLORIDE 7% VIAL	1	
SODIUM CHLORIDE 10% VIAL	1	
SODIUM FLUORIDE 1.1% GEL	1	
SODIUM FLUORIDE 0.2% RINSE	1	
SODIUM FLUORIDE 1.1% TOOTHPASTE	1	
SODIUM FLUORIDE 5000 DRY MOUTH TOOTHPASTE	1	
SODIUM FLUORIDE 5000 PLUS TOOTHPASTE	1	
SODIUM FLUORIDE 5000 PPM TOOTHPASTE	1	
SODIUM FLUORIDE ENAMEL PROTECT 5000 PPM TOOTHPASTE	1	
SODIUM FLUORIDE SENSITIVE 5000 PPM TOOTHPASTE	1	
SODIUM FLUORIDE-POTASSIUM NITRATE PASTE	1	
SODIUM PHENYLBUTYRATE POWDER	4	SRX
SODIUM PHENYLBUTYRATE 500MG TABLET	4	SRX

Nombre del medicamento	Nivel	Notas
SODIUM POLYSTYRENE SULFATE POWDER	1	
SODIUM POLYSTYRENE SULFONATE 15 G/60 ML SUSPENSION	1	
SODIUM SULFACETAMIDE 10% LOTION	1	
SODIUM SULFATE-POTASSIUM SULFATE-MAGNESIUM SULFATE ORAL SOLUTION	3	
SOFOSBUVIR-VELPATASVIR 400-100 TABLET	4	PA, QL, SRX
SOLIFENACIN 5 MG TABLET	2	QL
SOLIFENACIN 10 MG TABLET	2	QL
SOLUTIONUS V2 CONTROL SOLUTION HIGH	2	
SOLUTIONUS V2 CONTROL SOLUTION LOW	2	
SOMAVERT 10 MG VIAL	4	PA, LDD, SRX
SOMAVERT 15 MG VIAL	4	PA, LDD, SRX
SOMAVERT 20 MG VIAL	4	PA, LDD, SRX
SOMAVERT 25 MG VIAL	4	PA, LDD, SRX
SOMAVERT 30 MG VIAL	4	PA, LDD, SRX
SORAFENIB 200 MG TABLET	4	PA, QL, SRX
SOTALOL 80 MG TABLET	1	
SOTALOL 120 MG TABLET	1	
SOTALOL 160 MG TABLET	1	
SOTALOL 240 MG TABLET	1	
SOTALOL AF 80 MG TABLET	1	
SOTALOL AF 120 MG TABLET	1	
SOTALOL AF 160 MG TABLET	1	
SOTYKTU 6 MG TABLET	4	PA, QL, SRX
SOTYLIZE 5 MG/ML ORAL SOLUTION	3	PA
SOVALDI 150 MG PELLET PACKET	3	PA, QL
SOVALDI 200 MG PELLET PACKET	3	PA, QL
SOVALDI 200 MG TABLET	3	PA, QL
SOVALDI 400 MG TABLET	3	PA, QL
SPIKEVAX (12Y UP) SYRINGE	2	
SPIKEVAX (12Y UP) VIAL	2	
SPIKEVAX COVID (18Y UP) VACCINE	2	
SPINOSAD 0.9% TOPICAL SUSPENSION	2	
SPIRONOLACTONE 25 MG TABLET	1	
SPIRONOLACTONE 50 MG TABLET	1	
SPIRONOLACTONE 100 MG TABLET	1	
SPIRONOLACTONE-HCTZ 25-25 TABLET	1	
SPRINTEC 28 DAY TABLET	1	
SPRYCEL 20 MG TABLET	4	PA, QL, SRX
SPRYCEL 50 MG TABLET	4	PA, QL, SRX
SPRYCEL 70 MG TABLET	4	PA, QL, SRX

Lista de medicamentos con receta de 4 niveles de Cigna Plus Texas para 2025

Nombre del medicamento	Nivel	Notas
SPRYCEL 80 MG TABLET	4	PA, QL, SRX
SPRYCEL 100 MG TABLET	4	PA, QL, SRX
SPRYCEL 140 MG TABLET	4	PA, QL, SRX
SPS 15 GM/60 ML SUSPENSION	1	
SPS 30 GM/120 ML ENEMA SUSPENSION	1	
SRONYX 0.10-0.02 MG TABLET	1	
SSKI 1 GM/ML ORAL SOLUTION	3	
STAVUDINE 40 MG CAPSULE	1	
STELARA 45 MG/0.5 ML SYRINGE	4	PA, QL, SRX
STELARA 90 MG/ML SYRINGE	4	PA, QL, SRX
STELARA 45 MG/0.5 ML VIAL	4	PA, QL, SRX
STERILE WATER FOR IRRIGATION	1	
STIVARGA 40 MG TABLET	4	PA, QL, LDD, SRX
STRIBILD TABLET	3	QL
STRIVE PEAK FLOW METER	2	
STRIVERDI RESPIMAT INHALATION SPRAY	2	QL
SUBVENITE 25 MG TABLET	1	
SUBVENITE 100 MG TABLET	1	
SUBVENITE 150 MG TABLET	1	
SUBVENITE 200 MG TABLET	1	
SUBVENITE TABLET STARTER KIT (BLUE)	1	
SUBVENITE TABLET STARTER KIT (GREEN)	1	
SUBVENITE TABLET STARTER KIT (ORANGE)	1	
SUCRAID 8,500 UNIT/ML ORAL SOLUTION	4	LDD, SRX
SUCRAID 17,000 UNIT/2 ML ORAL SOLUTION	4	LDD, SRX
SUCRALFATE 1 GM TABLET	1	
SULCONAZOLE NITRATE 1% CREAM	3	PA
SULCONAZOLE NITRATE 1% TOPICAL SOLUTION	3	PA
SULFACETAMIDE 10% EYE DROPS	1	
SULFACETAMIDE 10% EYE OINTMENT	1	
SULFACETAMIDE SODIUM 10% TOPICAL SUSPENSION	1	
SULFADIAZINE 500 MG TABLET	3	
SULFAMETHOXAZOLE-TMP SUSPENSION	1	
SULFAMETHOXAZOLE-TMP DS TABLET	1	
SULFAMETHOXAZOLE-TMP SS TABLET	1	
SULFAMYLON 8.5% CREAM	3	
SULFASALAZINE 500 MG TABLET	1	
SULFASALAZINE DR 500 MG TABLET	1	
SULF-PRED 10-0.23% EYE DROPS	1	
SULINDAC 150 MG TABLET	1	
SULINDAC 200 MG TABLET	1	

Nombre del medicamento	Nivel	Notas
SUMATRIPTAN 6 MG/0.5 ML AUTO-INJECTOR	1	QL
SUMATRIPTAN 4 MG/0.5 ML CARTRIDGE	1	QL
SUMATRIPTAN 6 MG/0.5 ML CARTRIDGE	1	QL
SUMATRIPTAN 4 MG/0.5 ML INJECTOR	1	QL
SUMATRIPTAN 5 MG NASAL SPRAY	2	QL
SUMATRIPTAN 20 MG NASAL SPRAY	2	QL
SUMATRIPTAN 6 MG/0.5 ML VIAL	1	QL
SUMATRIPTAN SUCCINATE 25 MG TABLET	1	QL
SUMATRIPTAN SUCCINATE 50 MG TABLET	1	QL
SUMATRIPTAN SUCCINATE 100 MG TABLET	1	QL
SUNITINIB 12.5 MG CAPSULE	4	PA, QL, SRX
SUNITINIB 25 MG CAPSULE	4	PA, QL, SRX
SUNITINIB 37.5 MG CAPSULE	4	PA, QL, SRX
SUNITINIB 50 MG CAPSULE	4	PA, QL, SRX
SURE COMFORT 0.3 ML SYRINGE	2	
SURE COMFORT 0.5 ML SYRINGE	2	
SURE COMFORT 1 ML SYRINGE	2	
SURE COMFORT 3/10 ML SYRINGE	2	
SURE COMFORT 30G PEN NEEDLE	2	
SURE COMFORT INSULIN 0.3ML 31G 1/4"	2	
SURE COMFORT INSULIN 0.5ML 31G 1/4"	2	
SURE COMFORT INSULIN 1 ML 31G 1/4"	2	
SURE COMFORT PEN NEEDLE 29G 1/2"	2	
SURE COMFORT PEN NEEDLE 31G 5MM	2	
SURE COMFORT PEN NEEDLE 31G 8MM	2	
SURE COMFORT PEN NEEDLE 32G 4MM	2	
SURE COMFORT PEN NEEDLE 32G 6MM	2	
SURE COMFORT SAFETY PEN NEEDLE 31G 6MM	2	
SURE COMFORT SAFETY PEN NEEDLE 32G 4MM	2	
SURE-FINE PEN NEEDLE 5MM	2	
SURE-FINE PEN NEEDLE 8MM	2	
SURE-FINE PEN NEEDLE 12.7MM	2	
SURE-JECT INSULIN 0.3 ML 31G 5/16"	2	
SURE-JECT INSULIN 0.5 ML 31G 5/16"	2	
SURE-JECT INSULIN SYRINGE 1 ML	2	
SURE-JECT INSULIN SYRINGE U100 0.3 ML	2	
SURE-JECT INSULIN SYRINGE U100 0.5 ML	2	
SURE-JECT INSULIN SYRINGE U100 1 ML	2	
SURE-TEST EASYPLUS MINI SOLUTION	2	
SYEDA 28 TABLET	1	
SYMAX FASTABS 0.125 MG TABLET	1	

Lista de medicamentos con receta de 4 niveles de Cigna Plus Texas para 2025

Nombre del medicamento	Nivel	Notas	Nombre del medicamento	Nivel	Notas
SYMAX-SL 0.125 MG SUBLINGUAL TABLET	1		TACROLIMUS 0.1% OINTMENT	1	
SYMAX-SR 0.375 MG TABLET	1		TACROLIMUS 0.03% OINTMENT	1	
SYMLINPEN 60 PEN INJECTOR	3	QL	TADALAFIL 2.5 MG TABLET	1	PA, QL
SYMLINPEN 120 PEN INJECTOR	3	QL	TADALAFIL 5 MG TABLET	1	PA, QL
SYMTUZA 800-150-200-10 MG TABLET	3	QL	TADALAFIL 20 MG TABLET	4	PA, SRX
SYNAREL 2 MG/ML NASAL SPRAY	4	PA, SRX	TAFINLAR 10 MG TABLET FOR SUSPENSION	4	PA, QL, SRX
SYNERA PATCH	3		TAFINLAR 50 MG CAPSULE	4	PA, QL, SRX
SYNJARDY 5-500 MG TABLET	2	QL	TAFINLAR 75 MG CAPSULE	4	PA, QL, SRX
SYNJARDY 5-1,000 MG TABLET	2	QL	TAFLUPROST 0.0015% EYE DROPS	3	QL
SYNJARDY 12.5-500 MG TABLET	2	QL	TAGRISSO 40 MG TABLET	4	PA, QL, LDD, SRX
SYNJARDY 12.5-1,000 MG TABLET	2	QL	TAGRISSO 80 MG TABLET	4	PA, QL, LDD, SRX
SYNJARDY XR 5-1,000 MG TABLET	2	QL	TAKE ACTION 1.5 MG TABLET	1	
SYNJARDY XR 10-1,000 MG TABLET	2	QL	TAMOXIFEN 10 MG TABLET	1	
SYNJARDY XR 12.5-1,000 MG TABLET	2	QL	TAMOXIFEN 20 MG TABLET	1	
SYNJARDY XR 25-1,000 MG TABLET	2	QL	TARINA 24 FE 1 MG-20 MCG TABLET	1	
SYNTHROID 25 MCG TABLET	3		TARINA FE 1-20 TABLET	1	
SYNTHROID 50 MCG TABLET	3		TARINA FE 1-20 EQ TABLET	1	
SYNTHROID 75 MCG TABLET	3		TARON-C DHA CAPSULE	1	
SYNTHROID 88 MCG TABLET	3		TARON-PREX PRENATAL DHA CAPSULE	1	
SYNTHROID 100 MCG TABLET	3		TASIGNA 50 MG CAPSULE	4	PA, QL, SRX
SYNTHROID 112 MCG TABLET	3		TASIGNA 150 MG CAPSULE	4	PA, QL, SRX
SYNTHROID 125 MCG TABLET	3		TASIGNA 200 MG CAPSULE	4	PA, QL, SRX
SYNTHROID 137 MCG TABLET	3		TAYSOFY 1 MG-20 MCG CAPSULE	1	
SYNTHROID 150 MCG TABLET	3		TAZAROTENE 0.1% CREAM	2	
SYNTHROID 175 MCG TABLET	3		TAZAROTENE 0.05% GEL	3	
SYNTHROID 200 MCG TABLET	3		TAZAROTENE 0.1% GEL	3	
SYNTHROID 300 MCG TABLET	3		TAZORAC 0.05% CREAM	3	
T:30 INFUSION SET 23" 13MM	2		TAZTIA XT 120 MG CAPSULE	1	
T:30 INFUSION SET 43" 13MM	2		TAZTIA XT 180 MG CAPSULE	1	
T:90 INFUSION SET 23" 6MM	2		TAZTIA XT 240 MG CAPSULE	1	
T:90 INFUSION SET 23" 9MM	2		TAZTIA XT 300 MG CAPSULE	1	
T:90 INFUSION SET 43" 9MM	2		TAZTIA XT 360 MG CAPSULE	1	
T:FLEX 4.8 ML CARTRIDGE	2		TDVAX VIAL	2	
T:SLIM 3 ML CARTRIDGE	2		TECHLITE 0.3 ML 29G 12MM (1/2)	2	
T:SLIM G4 3 ML CARTRIDGE	2		TECHLITE 0.3 ML 30G 8MM (1/2)	2	
T:SLIM X2 3 ML CARTRIDGE	2		TECHLITE 0.3 ML 30G 12MM (1/2)	2	
TABLOID 40 MG TABLET	3	PA	TECHLITE 0.3 ML 31G 6MM (1/2)	2	
TAMSULOSIN 0.4 MG CAPSULE	1		TECHLITE 0.3 ML 31G 8MM (1/2)	2	
TACROLIMUS 0.5 MG CAPSULE (IR)	1		TECHLITE 0.5 ML 29G 12MM (1/2)	2	
TACROLIMUS 1 MG CAPSULE (IR)	1		TECHLITE 0.5 ML 30G 8MM (1/2)	2	
TACROLIMUS 5 MG CAPSULE (IR)	1		TECHLITE 0.5 ML 30G 12MM (1/2)	2	

Lista de medicamentos con receta de 4 niveles de Cigna Plus Texas para 2025

Nombre del medicamento	Nivel	Notas	Nombre del medicamento	Nivel	Notas
TECHLITE 0.5 ML 31G 6MM (1/2)	2		TERAZOSIN 2 MG CAPSULE	1	
TECHLITE 0.5 ML 31G 8MM (1/2)	2		TERAZOSIN 5 MG CAPSULE	1	
TECHLITE INSULIN SYRINGE 1 ML 29G 12MM	2		TERAZOSIN 10 MG CAPSULE	1	
TECHLITE INSULIN SYRINGE 1 ML 30G 8MM	2		TERBINAFINE 250 MG TABLET	1	
TECHLITE INSULIN SYRINGE 1 ML 30G 12MM	2		TERBUTALINE 2.5 MG TABLET	1	
TECHLITE INSULIN SYRINGE 1 ML 31G 6MM	2		TERBUTALINE 5 MG TABLET	1	
TECHLITE INSULIN SYRINGE 1 ML 31G 8MM	2		TERCONAZOLE 0.4% CREAM	1	
TECHLITE PEN NEEDLE 29G 1/2"	2		TERCONAZOLE 0.8% CREAM	1	
TECHLITE PEN NEEDLE 29G 3/8"	2		TERCONAZOLE 80 MG SUPPOSITORY	1	
TECHLITE PEN NEEDLE 31G 1/4"	2		TERIFLUNOMIDE 7 MG TABLET	4	PA, QL, SRX
TECHLITE PEN NEEDLE 31G 3/16"	2		TERIFLUNOMIDE 14 MG TABLET	4	PA, QL, SRX
TECHLITE PEN NEEDLE 31G 5/16"	2		TERUMO INSULIN SYRINGE 0.3 ML 29G 1/2"	2	
TECHLITE PEN NEEDLE 32G 1/4"	2		TERUMO INSULIN SYRINGE U100-1/3 ML	2	
TECHLITE PEN NEEDLE 32G 5/16"	2		TERUMO INSULIN SYRINGE U100-1/2 ML	2	
TECHLITE PEN NEEDLE 32G 5/32"	2		TERUMO INSULIN SYRINGE U100-1 ML	2	
TELCARE CONTROL SOLUTION	2		TERUMO SURGUARD2 NEEDLE 18G 1"	2	
TELMISARTAN 20 MG TABLET	1		TERUMO SURGUARD2 NEEDLE 18 1.5"	2	
TELMISARTAN 40 MG TABLET	1		TERUMO SURGUARD2 NEEDLE 19G 1"	2	
TELMISARTAN 80 MG TABLET	1		TERUMO SURGUARD2 NEEDLE 19 1.5"	2	
TELMISARTAN-AMLODIPINE 40-5 MG TABLET	1		TERUMO SURGUARD2 NEEDLE 20G 1"	2	
TELMISARTAN-AMLODIPINE 40-10 MG TABLET	1		TERUMO SURGUARD2 NEEDLE 20 1.5"	2	
TELMISARTAN-AMLODIPINE 80-5 MG TABLET	1		TERUMO SURGUARD2 NEEDLE 21G 1"	2	
TELMISARTAN-AMLODIPINE 80-10 MG TABLET	1		TERUMO SURGUARD2 NEEDLE 21G 1-1.5"	2	
TELMISARTAN-HCTZ 40-12.5 MG TABLET	1		TERUMO SURGUARD2 NEEDLE 22G 1"	2	
TELMISARTAN-HCTZ 80-12.5 MG TABLET	1		TERUMO SURGUARD2 NEEDLE 22 1-1/2"	2	
TELMISARTAN-HCTZ 80-25 MG TABLET	1		TERUMO SURGUARD2 NEEDLE 23G 1"	2	
TEMAZEPAM 7.5 MG CAPSULE	1		TERUMO SURGUARD2 NEEDLE 23 1-1/2"	2	
TEMAZEPAM 15 MG CAPSULE	1		TERUMO SURGUARD2 NEEDLE 25G 1"	2	
TEMAZEPAM 22.5 MG CAPSULE	1		TERUMO SURGUARD2 NEEDLE 25 1.5"	2	
TEMAZEPAM 30 MG CAPSULE	1		TERUMO SURGUARD2 NEEDLE 25 5/8"	2	
TEMOZOLOMIDE 5 MG CAPSULE	4	PA, SRX	TERUMO SURGUARD2 NEEDLE 26 1/2"	2	
TEMOZOLOMIDE 20 MG CAPSULE	4	PA, SRX	TERUMO SURGUARD2 NEEDLE 27 1/2"	2	
TEMOZOLOMIDE 100 MG CAPSULE	4	PA, SRX	TERUMO SURGUARD2 NEEDLE 30 1/2"	2	
TEMOZOLOMIDE 140 MG CAPSULE	4	PA, SRX	TERUMO SYRINGE 3 ML	2	
TEMOZOLOMIDE 180 MG CAPSULE	4	PA, SRX	TESTOSTERONE 50 MG/5 GRAM GEL	2	QL
TEMOZOLOMIDE 250 MG CAPSULE	4	PA, SRX	TESTOSTERONE 1.62% GEL PUMP	2	QL
TENCON 50-325 MG TABLET	1		TESTOSTERONE 10 MG GEL PUMP	2	QL
TENIVAC SYRINGE	2		TESTOSTERONE 12.5 MG/1.25 GRAM PUMP	2	QL
TENIVAC VIAL	2		TESTOSTERONE 1% (25 MG/2.5 G) PACKET	2	QL
TENOFOVIR 300 MG TABLET	1		TESTOSTERONE 1% (50 MG/5 G) PACKET	2	QL
TERAZOSIN 1 MG CAPSULE	1		TESTOSTERONE 1.62% (2.5 G) PACKET	2	QL

Lista de medicamentos con receta de 4 niveles de Cigna Plus Texas para 2025

Nombre del medicamento	Nivel	Notas	Nombre del medicamento	Nivel	Notas
TESTOSTERONE 1.62%(1.25 G) PACKET	2	QL	THYROID 30 MG TABLET	1	
TESTOSTERONE 50 MG/5 GRAM PACKET	2	QL	THYROID 60 MG TABLET	1	
TESTOSTERONE CYPIONATE 200 MG/ML VIAL	1		THYROID 90 MG TABLET	1	
TESTOSTERONE CYPIONATE 500 MG/2.5 ML VIAL	1		THYROID 120 MG TABLET	1	
TESTOSTERONE CYPIONATE 1,000 MG/5 ML VIAL	1		TIADYLT ER 120 MG CAPSULE	1	
TESTOSTERONE CYPIONATE 1,000 MG/10 ML VIAL	1		TIADYLT ER 180 MG CAPSULE	1	
TESTOSTERONE CYPIONATE 2,000 MG/10 ML VIAL	1		TIADYLT ER 240 MG CAPSULE	1	
TESTOSTERONE CYPIONATE 6,000 MG/30 ML VIAL	1		TIADYLT ER 300 MG CAPSULE	1	
TESTOSTERONE ENANTHATE 200 MG/ML VIAL	1		TIADYLT ER 360 MG CAPSULE	1	
TESTOSTERONE ENANTHATE 1,000 MG/5 ML VIAL	1		TIADYLT ER 420 MG CAPSULE	1	
TETRABENAZINE 12.5 MG TABLET	4	PA, QL, SRX	TIAGABINE 2 MG TABLET	1	
TETRABENAZINE 25 MG TABLET	4	PA, QL, SRX	TIAGABINE 4 MG TABLET	1	
TETRACAINE 0.5% EYE DROPS	1		TIAGABINE 12 MG TABLET	1	
TETRACAINE 0.5% STERI-UNIT EYE SOLUTION	1		TIAGABINE 16 MG TABLET	1	
TETRACYCLINE 250 MG CAPSULE	2		TILIA FE 28 TABLET	1	
TETRACYCLINE 500 MG CAPSULE	2		TIMOLOL 0.25% EYE DROPS	1	
TEXACORT 2.5% TOPICAL SOLUTION	3		TIMOLOL 0.5% EYE DROPS	1	
THALOMID 50 MG CAPSULE	4	PA, QL, LDD, SRX	TIMOLOL 0.25% GEL-SOLUTION	1	
THALOMID 100 MG CAPSULE	4	PA, QL, LDD, SRX	TIMOLOL 0.5% GEL-SOLUTION	1	
THALOMID 150 MG CAPSULE	4	PA, QL, SRX	TIMOLOL 0.5% GFS GEL-SOLUTION	1	
THALOMID 200 MG CAPSULE	4	PA, QL, SRX	TIMOLOL 5 MG TABLET	1	
THEOPHYLLINE 80 MG/15 ML ORAL SOLUTION	1		TIMOLOL 10 MG TABLET	1	
THEOPHYLLINE ER 100 MG TABLET	1		TIMOLOL 20 MG TABLET	1	
THEOPHYLLINE ER 200 MG TABLET	1		TINIDAZOLE 250 MG TABLET	1	
THEOPHYLLINE ER 300 MG TABLET	1		TINIDAZOLE 500 MG TABLET	1	
THEOPHYLLINE ER 400 MG TABLET	1		TIOPRONIN 100 MG TABLET	4	LDD, SRX
THEOPHYLLINE ER 450 MG TABLET	1		TIS-U-SOLUTION PENTALYTE IRRIGATION SOLUTION	3	
THEOPHYLLINE ER 600 MG TABLET	1		TIVICAY 10 MG TABLET	2	
THINPRO INSULIN SYRINGE U100-0.3 ML	2		TIVICAY 25 MG TABLET	2	
THINPRO INSULIN SYRINGE U100-0.5 ML	2		TIVICAY 50 MG TABLET	2	
THINPRO INSULIN SYRINGE U100-1 ML	2		TIVICAY PD 5 MG TABLET FOR SUSPENSION	2	
THIORIDAZINE 10 MG TABLET	1		TIZANIDINE 2 MG TABLET	1	
THIORIDAZINE 25 MG TABLET	1		TIZANIDINE 4 MG TABLET	1	
THIORIDAZINE 50 MG TABLET	1		TOBRAMYCIN 0.3% EYE DROPS	1	
THIORIDAZINE 100 MG TABLET	1		TOBRAMYCIN 300 MG/5 ML AMPULE	4	PA, QL, SRX
THIOTHIXENE 1 MG CAPSULE	1		TOBRAMYCIN PAK 300 MG/5 ML	4	PA, QL, SRX
THIOTHIXENE 2 MG CAPSULE	1		TOBRAMYCIN-DEXAMETHASONE EYE DROPS	1	
THIOTHIXENE 5 MG CAPSULE	1		TODAY'S HEALTH PEN NEEDLE 6MM 31G	2	
THIOTHIXENE 10 MG CAPSULE	1		TOLCAPONE 100 MG TABLET	4	SRX
THRIVITE 19 TABLET	1		TOLMETIN 400 MG CAPSULE	1	
THYROID 15 MG TABLET	1		TOLMETIN 200 MG TABLET	1	

Lista de medicamentos con receta de 4 niveles de Cigna Plus Texas para 2025

Nombre del medicamento	Nivel	Notas
TOLMETIN 600 MG TABLET	1	
TOLTERODINE 1 MG TABLET	1	
TOLTERODINE 2 MG TABLET	1	
TOLTERODINE ER 2 MG CAPSULE	1	
TOLTERODINE ER 4 MG CAPSULE	1	
TOLVAPTAN 15 MG TABLET	4	PA, SRX
TOLVAPTAN 30 MG TABLET	4	PA, SRX
TOPCARE CLICKFINE 31G 1/4"	2	
TOPCARE CLICKFINE 31G 5/16"	2	
TOPCARE ULTRA COMFORT SYRINGE	2	
TOPIRAMATE 15 MG SPRINKLE CAPSULE	1	
TOPIRAMATE 25 MG SPRINKLE CAPSULE	1	
TOPIRAMATE 25 MG TABLET	1	
TOPIRAMATE 50 MG TABLET	1	
TOPIRAMATE 100 MG TABLET	1	
TOPIRAMATE 200 MG TABLET	1	
TOPIRAMATE ER 25 MG CAPSULE	2	
TOPIRAMATE ER 50 MG CAPSULE	2	
TOPIRAMATE ER 100 MG CAPSULE	2	
TOPIRAMATE ER 150 MG CAPSULE	2	
TOPIRAMATE ER 200 MG CAPSULE	2	
TOREMIFENE 60 MG TABLET	3	QL
TORPENZ 2.5 MG TABLET	4	PA, QL, SRX
TORPENZ 5 MG TABLET	4	PA, QL, SRX
TORPENZ 7.5 MG TABLET	4	PA, QL, SRX
TORPENZ 10 MG TABLET	4	PA, QL, SRX
TORSEMIDE 5 MG TABLET	1	
TORSEMIDE 10 MG TABLET	1	
TORSEMIDE 20 MG TABLET	1	
TORSEMIDE 100 MG TABLET	1	
TOVET EMOLLIENT 0.05% FOAM	2	
TRADJENTA 5 MG TABLET	2	QL
TRAMADOL 50 MG TABLET	1	QL
TRAMADOL ER 100 MG TABLET	1	PA, QL
TRAMADOL ER 200 MG TABLET	1	PA, QL
TRAMADOL ER 300 MG TABLET	1	PA, QL
TRAMADOL-ACETAMINOPHEN 37.5-325 MG TABLET	1	QL
TRANDOLAPRIL 1 MG TABLET	1	
TRANDOLAPRIL 2 MG TABLET	1	
TRANDOLAPRIL 4 MG TABLET	1	
TRANDOLAPRIL-VERAPAMIL ER 1-240 MG TABLET	1	

Nombre del medicamento	Nivel	Notas
TRANDOLAPRIL-VERAPAMIL ER 2-180 MG TABLET	1	
TRANDOLAPRIL-VERAPAMIL ER 2-240 MG TABLET	1	
TRANDOLAPRIL-VERAPAMIL ER 4-240 MG	1	
TRANEXAMIC ACID 650 MG TABLET	1	
TRANLYCYPROMINE 10 MG TABLET	2	
TRAVOPROST 0.004% EYE DROPS	1	
TRAZODONE 50 MG TABLET	1	
TRAZODONE 100 MG TABLET	1	
TRAZODONE 150 MG TABLET	1	
TRAZODONE 300 MG TABLET	1	
TRECTOR 250 MG TABLET	3	
TRELEGY ELLIPTA 100-62.5-25	2	QL
TRELEGY ELLIPTA 200-62.5-25	2	QL
TREMFYA 100 MG/ML AUTO-INJECTOR	4	PA, QL, SRX
TREMFYA 100 MG/ML SYRINGE	4	PA, QL, SRX
TRESIBA 100 UNIT/ML VIAL	2	QL
TRESIBA FLEXTOUCH 100 UNIT/ML	2	QL
TRESIBA FLEXTOUCH 200 UNIT/ML	2	QL
TRETINOIN 0.025% CREAM	1	PA, AGE
TRETINOIN 0.05% CREAM	1	PA, AGE
TRETINOIN 0.1% CREAM	1	PA, AGE
TRETINOIN 0.01% GEL	1	PA, AGE
TRETINOIN 0.025% GEL	1	PA, AGE
TRETINOIN 0.05% GEL	1	PA, AGE
TRETINOIN 10 MG CAPSULE	3	PA
TRETINOIN GEL MICRO 0.04% PUMP	1	PA, AGE
TRETINOIN GEL MICRO 0.1% PUMP	1	PA, AGE
TRETINOIN GEL MICRO 0.04% TUBE	1	PA, AGE
TRETINOIN GEL MICRO 0.1% TUBE	1	PA, AGE
TRETIN-X 0.075% CREAM	3	PA, AGE
TRETIN-X 0.025% CREAM COMBO PACK	3	PA, AGE
TRETIN-X 0.05% COMBO PACK	3	PA, AGE
TRETIN-X 0.1% COMBO PACK	3	PA, AGE
TRI FEMYNOR 28 TABLET	1	
TRIAMCINOLONE 0.025% CREAM	1	
TRIAMCINOLONE 0.1% CREAM	1	
TRIAMCINOLONE 0.5% CREAM	1	
TRIAMCINOLONE 0.1% DENTAL PASTE	1	
TRIAMCINOLONE 0.025% LOTION	1	
TRIAMCINOLONE 0.1% LOTION	1	
TRIAMCINOLONE 0.025% OINTMENT	1	

Lista de medicamentos con receta de 4 niveles de Cigna Plus Texas para 2025

Nombre del medicamento	Nivel	Notas
TRIAMCINOLONE 0.1% OINTMENT	1	
TRIAMCINOLONE 0.5% OINTMENT	1	
TRIAMTERENE 50 MG CAPSULE	3	
TRIAMTERENE 100 MG CAPSULE	3	
TRIAMTERENE-HCTZ 37.5-25 MG CAPSULE	1	
TRIAMTERENE-HCTZ 37.5-25 MG TABLET	1	
TRIAMTERENE-HCTZ 75-50 MG TABLET	1	
TRIAZOLAM 0.125 MG TABLET	1	
TRIAZOLAM 0.25 MG TABLET	1	
TRIDACAINA II 5% PATCH	1	
TRIDACAINA III 5% PATCH	1	
TRIDERM 0.1% CREAM	1	
TRIDERM 0.5% CREAM	1	
TRI-ESTARYLLA TABLET	1	
TRIFLUOPERAZINE 1 MG TABLET	1	
TRIFLUOPERAZINE 2 MG TABLET	1	
TRIFLUOPERAZINE 5 MG TABLET	1	
TRIFLUOPERAZINE 10 MG TABLET	1	
TRIFLURIDINE 1% EYE DROPS	1	
TRIHENXYPHENIDYL 2 MG/5 ML ORAL SOLUTION	1	
TRIHENXYPHENIDYL 2 MG TABLET	1	
TRIHENXYPHENIDYL 5 MG TABLET	1	
TRIKAFTA 50-25-37.5 MG/75 MG TABLET	4	PA, QL, LDD, SRX
TRIKAFTA 80-40-60 MG/59.5 MG PACKET	4	PA, QL, LDD, SRX
TRIKAFTA 100-50-75 MG/75 MG PACKET	4	PA, QL, LDD, SRX
TRIKAFTA 100-50-75 MG/150 MG TABLET	4	PA, QL, LDD, SRX
TRI-LEGEST FE-28 DAY TABLET	1	
TRI-LINYAH TABLET	1	
TRI-LO-ESTARYLLA TABLET	1	
TRI-LO-MARZIA TABLET	1	
TRI-LO-MILI TABLET	1	
TRI-LO-SPRINTEC TABLET	1	
TRIMETHOBENZAMIDE 300 MG CAPSULE	1	
TRIMETHOPRIM 100 MG TABLET	1	
TRI-MILI 28 TABLET	1	
TRIMIPRAMINE 25 MG CAPSULE	1	
TRIMIPRAMINE 50 MG CAPSULE	1	
TRIMIPRAMINE 100 MG CAPSULE	1	
TRINATAL RX 1 TABLET	1	
TRINTELLIX 5 MG TABLET	3	QL, ST
TRINTELLIX 10 MG TABLET	3	QL, ST

Nombre del medicamento	Nivel	Notas
TRINTELLIX 20 MG TABLET	3	QL, ST
TRI-NYMYO 28 TABLET	1	
TRI-PREVIFEM TABLET	1	
TRI-SPRINTEC TABLET	1	
TRIUMEQ 600-50-300 MG TABLET	3	QL
TRIUMEQ PD 60-5-30 MG TABLET FOR SUSPENSION	3	QL
TRI-VITE-FLUORIDE 0.25 MG/ML ORAL DROPS	1	
TRI-VITE-FLUORIDE 0.5 MG/ML ORAL DROPS	1	
TRI-VIT-FLUOR 0.25 MG/ML ORAL DROPS	1	
TRI-VIT-FLUOR 0.5 MG/ML ORAL DROPS	1	
TRIVORA-28 TABLET	1	
TRI-VYLIBRA 28 TABLET	1	
TRI-VYLIBRA LO TABLET	1	
TROPICAMIDE 0.5% EYE DROPS	1	
TROPICAMIDE 1% EYE DROPS	1	
TROSPIMUM 20 MG TABLET	1	
TROSPIMUM ER 60 MG CAPSULE	1	
TRUE COMFORT 0.5 ML 31G 5/16"	2	
TRUE COMFORT 1 ML 31G 5/16"	2	
TRUE COMFORT PEN NEEDLE 31G 5MM	2	
TRUE COMFORT PEN NEEDLE 31G 6MM	2	
TRUE COMFORT PEN NEEDLE 31G 8MM	2	
TRUE COMFORT PEN NEEDLE 32G 4MM	2	
TRUE COMFORT PEN NEEDLE 32G 5MM	2	
TRUE COMFORT PEN NEEDLE 32G 6MM	2	
TRUE COMFORT PEN NEEDLE 33G 4MM	2	
TRUE COMFORT PEN NEEDLE 33G 5MM	2	
TRUE COMFORT PEN NEEDLE 33G 6MM	2	
TRUE COMFORT PRO 0.5ML 30G 1/2"	2	
TRUE COMFORT PRO 0.5ML 30G 5/16"	2	
TRUE COMFORT PRO 0.5ML 31G 5/16"	2	
TRUE COMFORT PRO 0.5ML 32G 5/16"	2	
TRUE COMFORT PRO 1 ML 30G 1/2"	2	
TRUE COMFORT PRO 1ML 30G 5/16"	2	
TRUE COMFORT PRO 1ML 31G 5/16"	2	
TRUE COMFORT PRO 1ML 32G 5/16"	2	
TRUE COMFORT SAFETY PEN NEEDLE 31G 5MM	2	
TRUE COMFORT SAFETY PEN NEEDLE 31G 6MM	2	
TRUE COMFORT SAFETY PEN NEEDLE 32G 4MM	2	
TRUE METRIX LEVEL 1 CONTROL SOLUTION	2	
TRUE METRIX LEVEL 2 CONTROL SOLUTION	2	

Lista de medicamentos con receta de 4 niveles de Cigna Plus Texas para 2025

Nombre del medicamento	Nivel	Notas
TRUE METRIX LEVEL 3 CONTROL SOLUTION	2	
TRUECONTROL GLUCOSE SOLUTION	2	
TRUEPLUS KETONE TEST STRIP	2	
TRUEPLUS PEN NEEDLE 29G 12MM	2	
TRUEPLUS PEN NEEDLE 29G 1/2"	2	
TRUEPLUS PEN NEEDLE 31G 5MM	2	
TRUEPLUS PEN NEEDLE 31G 8MM	2	
TRUEPLUS PEN NEEDLE 31G 1/4"	2	
TRUEPLUS PEN NEEDLE 31G 3/16"	2	
TRUEPLUS PEN NEEDLE 31G 5/16"	2	
TRUEPLUS PEN NEEDLE 32G 5/32"	2	
TRUEPLUS SYRINGE 0.3ML 29G 1/2"	2	
TRUEPLUS SYRINGE 0.3ML 30G 5/16"	2	
TRUEPLUS SYRINGE 0.3ML 31G 5/16"	2	
TRUEPLUS SYRINGE 0.5ML 28G 1/2"	2	
TRUEPLUS SYRINGE 0.5ML 29G 1/2"	2	
TRUEPLUS SYRINGE 0.5ML 30G 5/16"	2	
TRUEPLUS SYRINGE 0.5ML 31G 5/16"	2	
TRUEPLUS SYRINGE 1ML 28G 1/2"	2	
TRUEPLUS SYRINGE 1ML 29G 1/2"	2	
TRUEPLUS SYRINGE 1ML 30G 5/16"	2	
TRUEPLUS SYRINGE 1ML 31G 5/16"	2	
TRULICITY 0.75 MG/0.5 ML PEN	2	PA, QL
TRULICITY 1.5 MG/0.5 ML PEN	2	PA, QL
TRULICITY 3 MG/0.5 ML PEN	2	PA, QL
TRULICITY 4.5 MG/0.5 ML PEN	2	PA, QL
TRUMENBA 120 MCG/0.5 ML VACCINE	2	
TRUSTEEL INFUSION SET 23" 6MM	2	
TRUSTEEL INFUSION SET 23" 8MM	2	
TRUSTEEL INFUSION SET 32" 6MM	2	
TRUSTEEL INFUSION SET 32" 8MM	2	
TRUZONE PEAK FLOW METER	2	
TULANA 0.35 MG TABLET	1	
TURQOZ-28 TABLET	1	
TWINRIX VACCINE SYRINGE	2	
TYBOST 150 MG TABLET	2	
TYDEMY 3-0.03-0.451 MG TABLET	1	
TYMLOS 80 MCG DOSE PEN INJECTOR	4	PA, QL, SRX
TYVASO 1.74 MG/2.9 ML INHALATION SOLUTION	4	PA, LDD, SRX
TYVASO INHALATION REFILL KIT	4	PA, LDD, SRX
TYVASO INHALATION STARTER KIT	4	PA, LDD, SRX

Nombre del medicamento	Nivel	Notas
TYVASO INSTITUTIONAL STARTER KIT	4	PA, LDD, SRX
UDENYCA 6 MG/0.6 ML AUTO-INJECTOR	4	PA, SRX
UDENYCA 6 MG/0.6 ML ON-BODY	4	PA, SRX
UDENYCA 6 MG/0.6 ML SYRINGE	4	PA, SRX
ULESFIA 5% LOTION	3	
ULTICARE INSULIN 0.3 ML 30G 1/2"	2	
ULTICARE INSULIN 0.3 ML 31G 1/4"	2	
ULTICARE INSULIN 0.5 ML 30G 1/2"	2	
ULTICARE INSULIN 0.5 ML 31G 1/4"	2	
ULTICARE INSULIN 1 ML 31G 1/4"	2	
ULTICARE INSULIN SAFETY 1ML 29G 1/2"	2	
ULTICARE INSULIN SYRINGE 1 ML 28G 1/2"	2	
ULTICARE INSULIN SYRINGE 1 ML 29G 1/2"	2	
ULTICARE INSULIN SYRINGE 1 ML 30G 1/2"	2	
ULTICARE INSULIN SYRINGE 1 ML 31G 5/16"	2	
ULTICARE LDS SYRINGE 3 ML 22G 1.5"	2	
ULTICARE PEN NEEDLE 4MM 32G	2	
ULTICARE PEN NEEDLE 6MM 31G	2	
ULTICARE PEN NEEDLE 6MM 32G	2	
ULTICARE PEN NEEDLE 8MM 31G	2	
ULTICARE PEN NEEDLE 12MM 29G	2	
ULTICARE PEN NEEDLE 12.7 MM 29G	2	
ULTICARE PEN NEEDLE 31G 3/16"	2	
ULTICARE SAFETY 0.5 ML 29G 1/2"	2	
ULTICARE SAFETY PEN NEEDLE 30G 8MM	2	
ULTICARE SAFETY PEN NEEDLE 5MM 30G	2	
ULTICARE SYRINGE 0.3 ML 29G 1/2"	2	
ULTICARE SYRINGE 0.3 ML 30G 1/2"	2	
ULTICARE SYRINGE 0.3 ML 30G 5/16"	2	
ULTICARE SYRINGE 0.3 ML 31G 5/16"	2	
ULTICARE SYRINGE 0.5 ML 28G 1/2"	2	
ULTICARE SYRINGE 0.5 ML 29G 1/2"	2	
ULTICARE SYRINGE 0.5 ML 30G 1/2"	2	
ULTICARE SYRINGE 0.5 ML 30G 5/16"	2	
ULTICARE SYRINGE 0.5 ML 31G 5/16"	2	
ULTICARE SYRINGE 1 ML 30G 1/2"	2	
ULTICARE SYRINGE 1 ML 30G 5/16"	2	
ULTICARE SYRINGE 1 ML 31G 5/16"	2	
ULTIGUARD SAFEPACK 0.3ML 30G 12.7MM	2	
ULTIGUARD SAFEPACK 0.3ML 31G 8MM	2	
ULTIGUARD SAFEPACK 0.5ML 30G 12.7MM	2	

Lista de medicamentos con receta de 4 niveles de Cigna Plus Texas para 2025

Nombre del medicamento	Nivel	Notas
ULTIGUARD SAFEPACK 0.5ML 31G 8MM	2	
ULTIGUARD SAFEPACK 1ML 30G 12.7MM	2	
ULTIGUARD SAFEPACK PACK 29G 12.7MM	2	
ULTIGUARD SAFEPACK PACK 32G 4MM	2	
ULTIGUARD SAFEPACK 1ML 31G 8MM	2	
ULTIGUARD SAFEPACK 31G 5MM	2	
ULTIGUARD SAFEPACK 31G 6MM	2	
ULTIGUARD SAFEPACK 31G 8MM	2	
ULTIGUARD SAFEPACK 32G 4MM	2	
ULTIGUARD SAFEPACK 32G 6MM	2	
ULTILET INSULIN SYRINGE 0.3 ML	2	
ULTILET INSULIN SYRINGE 0.5 ML	2	
ULTILET INSULIN SYRINGE 1 ML	2	
ULTILET PEN NEEDLE	2	
ULTILET PEN NEEDLE 4MM 32G	2	
ULTRA COMFORT 0.3 ML 29G 1/2"	2	
ULTRA COMFORT 0.3 ML 31G 5/16" (1/2)	2	
ULTRA COMFORT 0.3 ML SYRINGE	2	
ULTRA COMFORT 0.5 ML 28G 1/2"	2	
ULTRA COMFORT 0.5 ML 29G 1/2"	2	
ULTRA COMFORT 0.5 ML 31G 5/16"	2	
ULTRA COMFORT 0.5 ML SYRINGE	2	
ULTRA COMFORT 1 ML 28G 1/2"	2	
ULTRA COMFORT 1 ML 29G 1/2"	2	
ULTRA COMFORT 1 ML 30G 5/16"	2	
ULTRA COMFORT 1 ML 31G 5/16"	2	
ULTRA COMFORT 1 ML SYRINGE	2	
ULTRA FLO 0.3ML 30G 1/2" (1/2)	2	
ULTRA FLO 0.3ML 30G 5/16"(1/2)	2	
ULTRA FLO 0.3ML 31G 5/16"(1/2)	2	
ULTRA FLO PEN NEEDLE 29G 12MM	2	
ULTRA FLO PEN NEEDLE 31G 5MM	2	
ULTRA FLO PEN NEEDLE 31G 8MM	2	
ULTRA FLO PEN NEEDLE 32G 4MM	2	
ULTRA FLO PEN NEEDLE 33G 4MM	2	
ULTRA FLO SYRINGE 0.3 ML 29G 1/2"	2	
ULTRA FLO SYRINGE 0.3 ML 30G 5/16"	2	
ULTRA FLO SYRINGE 0.3 ML 31G 5/16"	2	
ULTRA FLO SYRINGE 0.5 ML 29G 1/2"	2	
ULTRA THIN PEN NEEDLE 32G 4MM	2	
ULTRACARE INSULIN 0.3 ML 30G 5/16"	2	

Nombre del medicamento	Nivel	Notas
ULTRACARE INSULIN 0.3 ML 31G 5/16"	2	
ULTRACARE INSULIN 0.5 ML 30G 1/2"	2	
ULTRACARE INSULIN 0.5 ML 30G 5/16"	2	
ULTRACARE INSULIN 0.5 ML 31G 5/16"	2	
ULTRACARE INSULIN 1 ML 30G 5/16"	2	
ULTRACARE INSULIN 1 ML 30G 1/2"	2	
ULTRACARE INSULIN 1 ML 31G 5/16"	2	
ULTRACARE PEN NEEDLE 31G 1/4"	2	
ULTRACARE PEN NEEDLE 31G 3/16"	2	
ULTRACARE PEN NEEDLE 31G 5/16"	2	
ULTRACARE PEN NEEDLE 32G 1/4"	2	
ULTRACARE PEN NEEDLE 32G 3/16"	2	
ULTRACARE PEN NEEDLE 32G 5/32"	2	
ULTRACARE PEN NEEDLE 33G 5/32"	2	
ULTRA-THIN II 1 ML 31G 5/16"	2	
ULTRA-THIN II INSULIN 0.3 ML 30G	2	
ULTRA-THIN II INSULIN 0.3 ML 31G	2	
ULTRA-THIN II INSULIN 0.5 ML 29G	2	
ULTRA-THIN II INSULIN 0.5 ML 30G	2	
ULTRA-THIN II INSULIN 0.5 ML 31G	2	
ULTRA-THIN II INSULIN SYRINGE 1 ML 29G	2	
ULTRA-THIN II INSULIN SYRINGE 1 ML 30G	2	
ULTRA-THIN II PEN NEEDLE 29G 1/2"	2	
ULTRA-THIN II PEN NEEDLE 31G 5/16"	2	
ULTRATRAK CONTROL SOLUTION	2	
ULTRATRAK CONTROL SOLUTION NORMAL	2	
ULTRATRAK ULTIMATE CONTROL SOLUTION	2	
UNIFINE PEN NEEDLE 32G 4MM	2	
UNIFINE PENTIP 12MM 29G	2	
UNIFINE PENTIP 31G 5MM	2	
UNIFINE PENTIP 31G 6MM	2	
UNIFINE PENTIP 31G 8MM	2	
UNIFINE PENTIP 31G 3/16"	2	
UNIFINE PENTIP 32G 4MM	2	
UNIFINE PENTIP 32G 6MM	2	
UNIFINE PENTIP 32G 1/4"	2	
UNIFINE PENTIP 32G 5/32"	2	
UNIFINE PENTIP 33G 5/32"	2	
UNIFINE PENTIP 6MM NEEDLE	2	
UNIFINE PENTIP 8MM NEEDLE	2	
UNIFINE PENTIP MAX 30G 3/16"	2	

Lista de medicamentos con receta de 4 niveles de Cigna Plus Texas para 2025

Nombre del medicamento	Nivel	Notas	Nombre del medicamento	Nivel	Notas
UNIFINE PENTIP NEEDLE 29G	2		URISTIX 4 REAGENT TEST STRIP	2	
UNIFINE PENTIP PLUS 29G 1/2"	2		URISTIX REAGENT TEST STRIP	2	
UNIFINE PENTIP PLUS 30G 3/16"	2		UROQID-ACID NO.2 500-500 TABLET	3	
UNIFINE PENTIP PLUS 31G 1/4"	2		URSODIOL 300 MG CAPSULE	1	
UNIFINE PENTIP PLUS 31G 3/16"	2		URSODIOL 250 MG TABLET	1	
UNIFINE PENTIP PLUS 31G 5/16"	2		URSODIOL 500 MG TABLET	1	
UNIFINE PENTIP PLUS 32G 5/32"	2		USTELL CAPSULE	1	
UNIFINE PENTIP PLUS 33G 5/32"	2		UTIRA-C TABLET	1	
UNIFINE PROTECT 30G 5MM	2		VALACYCLOVIR 500 MG TABLET	1	
UNIFINE PROTECT 30G 8MM	2		VALACYCLOVIR 1 GRAM TABLET	1	
UNIFINE PROTECT 32G 4MM	2		VALGANCICLOVIR 50 MG/ML ORAL SOLUTION	3	
UNIFINE SAFECONTROL 30G 3/16"	2		VALGANCICLOVIR 450 MG TABLET	3	
UNIFINE SAFECONTROL 30G 5/16"	2		VALPROIC ACID 250 MG CAPSULE	1	
UNIFINE SAFECONTROL 32G 4MM	2		VALPROIC ACID 250 MG/5 ML ORAL SOLUTION	1	
UNIFINE ULTRA PEN NEEDLE 31G 5MM	2		VALPROIC ACID 500 MG/10 ML ORAL SOLUTION	1	
UNIFINE ULTRA PEN NEEDLE 31G 6MM	2		VALSARTAN 40 MG TABLET	1	
UNIFINE ULTRA PEN NEEDLE 31G 8MM	2		VALSARTAN 80 MG TABLET	1	
UNIFINE ULTRA PEN NEEDLE 32G 4MM	2		VALSARTAN 160 MG TABLET	1	
UNISTRIP CONTROL SOLUTION HIGH	2		VALSARTAN 320 MG TABLET	1	
UNISTRIP CONTROL SOLUTION LOW	2		VALSARTAN-HCTZ 80-12.5 MG TABLET	1	
UNITHROID 25 MCG TABLET	1		VALSARTAN-HCTZ 160-12.5 MG TABLET	1	
UNITHROID 50 MCG TABLET	1		VALSARTAN-HCTZ 160-25 MG TABLET	1	
UNITHROID 75 MCG TABLET	1		VALSARTAN-HCTZ 320-12.5 MG TABLET	1	
UNITHROID 88 MCG TABLET	1		VALSARTAN-HCTZ 320-25 MG TABLET	1	
UNITHROID 100 MCG TABLET	1		VANADOM 350 MG TABLET	1	
UNITHROID 112 MCG TABLET	1		VANCOMYCIN 125 MG CAPSULE	3	QL
UNITHROID 125 MCG TABLET	1		VANCOMYCIN 250 MG CAPSULE	3	QL
UNITHROID 137 MCG TABLET	1		VANCOMYCIN 25 MG/ML ORAL SOLUTION	1	QL
UNITHROID 150 MCG TABLET	1		VANDAZOLE VAGINAL 0.75% GEL	1	
UNITHROID 175 MCG TABLET	1		VANISHPOINT 0.5 ML 30G 1/2" SYRINGE	2	
UNITHROID 200 MCG TABLET	1		VANISHPOINT 3 ML 21G 1" SYRINGE	2	
UNITHROID 300 MCG TABLET	1		VANISHPOINT 3 ML 22G 1.5" SYRINGE	2	
UPTRAVI 1,000 MCG TABLET	4	PA, SRX, LDD	VANISHPOINT 20G 1" 3 ML SYRINGE	2	
UPTRAVI 1,200 MCG TABLET	4	PA, SRX, LDD	VANISHPOINT 21G 1.5" 3 ML SYRINGE	2	
UPTRAVI 1,400 MCG TABLET	4	PA, SRX, LDD	VANISHPOINT 22G 1" 3 ML SYRINGE	2	
UPTRAVI 1,600 MCG TABLET	4	PA, SRX, LDD	VANISHPOINT 23G 1" 3 ML SYRINGE	2	
UPTRAVI 200 MCG TABLET	4	PA, SRX, LDD	VANISHPOINT 23G 1.5" 3 ML SYRINGE	2	
UPTRAVI 200-800 TITRATION PACK	4	PA, SRX, LDD	VANISHPOINT 25G 1" 3 ML SYRINGE	2	
UPTRAVI 400 MCG TABLET	4	PA, SRX, LDD	VANISHPOINT 25G 5/8" 3 ML SYRINGE	2	
UPTRAVI 600 MCG TABLET	4	PA, SRX, LDD	VANISHPOINT INSULIN 1 ML 30G 3/16"	2	
UPTRAVI 800 MCG TABLET	4	PA, SRX, LDD	VANISHPOINT U-100 29 1/2" SYRINGE	2	

Lista de medicamentos con receta de 4 niveles de Cigna Plus Texas para 2025

Nombre del medicamento	Nivel	Notas
VAQTA 25 UNITS/0.5 ML SYRINGE	2	
VAQTA 50 UNITS/ML SYRINGE	2	
VAQTA 25 UNITS/0.5 ML VIAL	2	
VAQTA 50 UNITS/ML VIAL	2	
VARENICLINE 1 MG CONTINUING MONTH BOX	2	
VARENICLINE STARTING MONTH BOX	2	
VARENICLINE 0.5 MG TABLET	2	
VARENICLINE 1 MG TABLET	2	
VARISOFT INFUSION SET 23" 13MM	2	
VARISOFT INFUSION SET 23" 17MM	2	
VARISOFT INFUSION SET 32" 13MM	2	
VARISOFT INFUSION SET 32" 17MM	2	
VARISOFT INFUSION SET 43" 13MM	2	
VARISOFT INFUSION SET 43" 17MM	2	
VARIVAX VACCINE VIAL	2	
VARIVAX VACCINE WITH DILUENT	2	
VAXELIS VACCINE SYRINGE	2	
VAXELIS VACCINE VIAL	2	
VAXNEUVANCE 0.5 ML SYRINGE	2	
VELIVET 28 DAY TABLET	1	
VEMLIDY 25 MG TABLET	4	PA, SRX
VENCLEXTA STARTING PACK	4	PA, QL, LDD, SRX
VENCLEXTA 10 MG TABLET	4	PA, QL, LDD, SRX
VENCLEXTA 10 MG TABLET (10MG X 2)	4	PA, QL, LDD, SRX
VENCLEXTA 50 MG TABLET	4	PA, QL, LDD, SRX
VENCLEXTA 100 MG TABLET	4	PA, QL, LDD, SRX
VENLAFAXINE 25 MG TABLET	1	QL
VENLAFAXINE 37.5 MG TABLET	1	QL
VENLAFAXINE 50 MG TABLET	1	QL
VENLAFAXINE 75 MG TABLET	1	QL
VENLAFAXINE 100 MG TABLET	1	QL
VENLAFAXINE ER 37.5 MG CAPSULE	1	QL
VENLAFAXINE ER 75 MG CAPSULE	1	QL
VENLAFAXINE ER 150 MG CAPSULE	1	QL
VENTAVIS 10 MCG/1 ML INHALATION SOLUTION	4	PA, LDD, SRX
VENTAVIS 20 MCG/1 ML INHALATION SOLUTION	4	PA, LDD, SRX
VERAPAMIL 40 MG TABLET	1	
VERAPAMIL 80 MG TABLET	1	
VERAPAMIL 120 MG TABLET	1	
VERAPAMIL ER 120 MG CAPSULE	1	
VERAPAMIL ER 180 MG CAPSULE	1	

Nombre del medicamento	Nivel	Notas
VERAPAMIL ER 240 MG CAPSULE	1	
VERAPAMIL ER 120 MG TABLET	1	
VERAPAMIL ER 180 MG TABLET	1	
VERAPAMIL ER 240 MG TABLET	1	
VERAPAMIL ER PM 100 MG CAPSULE	2	
VERAPAMIL ER PM 200 MG CAPSULE	2	
VERAPAMIL ER PM 300 MG CAPSULE	2	
VERAPAMIL SR 120 MG CAPSULE	1	
VERAPAMIL SR 180 MG CAPSULE	1	
VERAPAMIL SR 240 MG CAPSULE	1	
VERAPAMIL SR 360 MG CAPSULE	1	
VEREGEN 15% OINTMENT	3	
VERIFINE INSULIN SYRINGE 0.3ML 31G 8MM	2	
VERIFINE INSULIN SYRINGE 0.5ML 29G 12MM	2	
VERIFINE INSULIN SYRINGE 0.5ML 31G 8MM	2	
VERIFINE INSULIN SYRINGE 1 ML 29G 1/2"	2	
VERIFINE INSULIN SYRINGE 1 ML 29G 12MM	2	
VERIFINE INSULIN SYRINGE 1 ML 31G 8MM	2	
VERIFINE PEN NEEDLE 29G 12MM	2	
VERIFINE PEN NEEDLE 31G 5MM	2	
VERIFINE PEN NEEDLE 31G 8MM	2	
VERIFINE PEN NEEDLE 32G 4MM	2	
VERIFINE PEN NEEDLE 32G 6MM	2	
VERIFINE PLUS PEN NEEDLE 31G 5MM	2	
VERIFINE PLUS PEN NEEDLE 31G 8MM	2	
VERIFINE PLUS PEN NEEDLE 32G 4MM	2	
VERIFINE SYRINGE 0.3ML 31G 5/16"	2	
VERIFINE SYRINGE 0.5ML 29G 1/2"	2	
VERIFINE SYRINGE 0.5ML 31G 5/16"	2	
VERIFINE SYRINGE 1 ML 31G 5/16"	2	
VESTURA 3 MG-0.02 MG TABLET	1	
VIENVA-28 TABLET	1	
VIGABATRIN 500 MG POWDER PACKET	4	PA, QL, LDD, SRX
VIGABATRIN 500 MG TABLET	4	PA, QL, LDD, SRX
VIGADRONE 500 MG POWDER PACKET	4	PA, QL, LDD, SRX
VIGADRONE 500 MG TABLET	4	PA, QL, LDD, SRX
VIGPODER 500 MG POWDER PACKET	4	PA, QL, LDD, SRX
VILAZODONE 10 MG TABLET	3	QL
VILAZODONE 20 MG TABLET	3	QL
VILAZODONE 40 MG TABLET	3	QL
VIKACE 10,440-39,150 UNITS TABLET	3	

Lista de medicamentos con receta de 4 niveles de Cigna Plus Texas para 2025

Nombre del medicamento	Nivel	Notas
VIOKACE 20,880-78,300 UNITS TABLET	3	
VIORELE 28 DAY TABLET	1	
VIREAD POWDER	2	
VIREAD 150 MG TABLET	2	
VIREAD 200 MG TABLET	2	
VIREAD 250 MG TABLET	2	
VIRT-C DHA SOFTGEL	1	
VIRT-NATE DHA SOFTGEL	1	
VIRT-PN DHA SOFTGEL	1	
VIRT-PN PLUS SOFTGEL	1	
VISTOGARD 10 GRAM PACKET	4	LDD, SRX
VIT A,C,D-FLUORIDE 0.25 MG/ML ORAL DROPS	1	
VITAFOL-OB CAPLET	1	
VITAMIN D2 1.25 MG (50,000 UNIT)	1	
VIVAGUARD INO CONTROL SOLUTION-L1,2,3	2	
VIVAGUARD INO CONTROL SOLUTION-L2	2	
VOLNEA 0.15-0.02-0.01 MG TABLET	1	
VORICONAZOLE 40 MG/ML SUSPENSION	3	PA
VORICONAZOLE 50 MG TABLET	3	PA
VORICONAZOLE 200 MG TABLET	3	PA
VORTEX ADULT MASK	2	QL
VORTEX HOLDING CHAMBER	2	QL
VORTEX VHC FROG CHILD MASK	2	QL
VORTEX VHC LADYBUG TODDLER MASK	2	QL
VRAYLAR 1.5 MG CAPSULE	3	QL, ST
VRAYLAR 3 MG CAPSULE	3	QL, ST
VRAYLAR 4.5 MG CAPSULE	3	QL, ST
VRAYLAR 6 MG CAPSULE	3	QL, ST
VRAYLAR 1.5 MG-3 MG PACK	3	QL, ST
VYFEMLA 0.4 MG-0.035 MG TABLET	1	
VYLIBRA 28 TABLET	1	
VYNDAMAX 61 MG CAPSULE	4	PA, QL, SRX, LDD
WAKIX 4.45 MG TABLET	4	PA, QL, LDD, SRX
WAKIX 17.8 MG TABLET	4	PA, QL, LDD, SRX
WARFARIN 1 MG TABLET	1	
WARFARIN 2 MG TABLET	1	
WARFARIN 2.5 MG TABLET	1	
WARFARIN 3 MG TABLET	1	
WARFARIN 4 MG TABLET	1	
WARFARIN 5 MG TABLET	1	
WARFARIN 6 MG TABLET	1	

Nombre del medicamento	Nivel	Notas
WARFARIN 7.5 MG TABLET	1	
WARFARIN 10 MG TABLET	1	
WAVESENSE CONTROL SOLUTION NORMAL	2	
WERA 0.5/0.035 MG 28 TABLET	1	
WESCAP-PN DHA CAPSULE	1	
WESNATAL DHA COMPLETE	1	
WESNATE DHA SOFTGEL	1	
WESTAB PLUS TABLET	1	
WIXELA 100-50 INHUB	1	QL
WIXELA 250-50 INHUB	1	QL
WIXELA 500-50 INHUB	1	QL
WM UNIFINE PENTIP PLUS 4MM 32G	2	
WM UNIFINE PENTIP PLUS 5MM 31G	2	
WM UNIFINE PENTIP PLUS 6MM 31G	2	
WM UNIFINE PENTIP PLUS 8MM 31G	2	
WYMZYA FE 0.4-0.035 MG CHEWABLE TABLET	1	
XALKORI 200 MG CAPSULE	4	PA, QL, LDD, SRX
XALKORI 250 MG CAPSULE	4	PA, QL, LDD, SRX
XALKORI 20 MG PELLET	4	PA, QL, LDD, SRX
XALKORI 50 MG PELLET	4	PA, QL, LDD, SRX
XALKORI 150 MG PELLET	4	PA, QL, LDD, SRX
XARELTO 1 MG/ML SUSPENSION	2	PA, QL
XARELTO 2.5 MG TABLET	2	PA, QL
XARELTO 10 MG TABLET	2	PA, QL
XARELTO 15 MG TABLET	2	PA, QL
XARELTO 20 MG TABLET	2	PA, QL
XARELTO DVT-PE STARTER PACK	2	PA, QL
XDEMZY 0.25% EYE DROPS	4	PA, QL, LDD, SRX
XELJANZ 1 MG/ML ORAL SOLUTION	4	PA, QL, SRX
XELJANZ 5 MG TABLET	4	PA, QL, SRX
XELJANZ 10 MG TABLET	4	PA, QL, SRX
XELJANZ XR 11 MG TABLET	4	PA, QL, SRX
XELJANZ XR 22 MG TABLET	4	PA, QL, SRX
XIFAXAN 200 MG TABLET	3	PA, QL
XIFAXAN 550 MG TABLET	3	PA, QL
XIGDUO XR 2.5 MG-1,000 MG TABLET	2	QL
XIGDUO XR 5 MG-500 MG TABLET	2	QL
XIGDUO XR 5 MG-1,000 MG TABLET	2	QL
XIGDUO XR 10 MG-500 MG TABLET	2	QL
XIGDUO XR 10 MG-1,000 MG TABLET	2	QL
XOLAIR 75 MG/0.5 ML AUTO-INJECTOR	4	PA, LDD, SRX

Lista de medicamentos con receta de 4 niveles de Cigna Plus Texas para 2025

Nombre del medicamento	Nivel	Notas
XOLAIR 150 MG/ML AUTO-INJECTOR	4	PA, LDD, SRX
XOLAIR 300 MG/2 ML AUTO-INJECTOR	4	PA, LDD, SRX
XOLAIR 150 MG/1.2 ML POWDER VIAL	4	PA, LDD, SRX
XOLAIR 75 MG/0.5 ML SYRINGE	4	PA, LDD, SRX
XOLAIR 150 MG/ML SYRINGE	4	PA, LDD, SRX
XOLAIR 300 MG/2 ML SYRINGE	4	PA, LDD, SRX
XTAMPZA ER 9 MG CAPSULE	2	PA
XTAMPZA ER 13.5 MG CAPSULE	2	PA
XTAMPZA ER 18 MG CAPSULE	2	PA
XTAMPZA ER 27 MG CAPSULE	2	PA
XTAMPZA ER 36 MG CAPSULE	2	PA
XTANDI 40 MG CAPSULE	4	PA, QL, LDD, SRX
XTANDI 40 MG TABLET	4	PA, QL, LDD, SRX
XTANDI 80 MG TABLET	4	PA, QL, LDD, SRX
XULANE 150-35 MCG/DAY PATCH	1	
YALE NEEDLE 21G 1.25"	2	
YARGESA 100 MG CAPSULE	4	PA, LDD, SRX
YOURX ULTICARE PEN NEEDLE 4MM 32G	2	
YOURX ULTICARE PEN NEEDLE 6MM 31G	2	
YOURX ULTICARE PEN NEEDLE 8MM 31G	2	
YUVAFEM 10 MCG VAGINAL INSERT	1	QL
ZAFEMY 150-35 MCG/DAY PATCH	1	
ZAFIRLUKAST 10 MG TABLET	1	
ZAFIRLUKAST 20 MG TABLET	1	
ZALEPLON 5 MG CAPSULE	1	
ZALEPLON 10 MG CAPSULE	1	
ZARAH TABLET	1	
ZARXIO 300 MCG/0.5 ML SYRINGE	4	SRX
ZARXIO 480 MCG/0.8 ML SYRINGE	4	SRX
ZATEAN-PN DHA CAPSULE	1	
ZATEAN-PN PLUS SOFTGEL	1	
ZELBORAF 240 MG TABLET	4	PA, QL, LDD, SRX
ZENATANE 10 MG CAPSULE	3	
ZENATANE 20 MG CAPSULE	3	
ZENATANE 30 MG CAPSULE	3	
ZENATANE 40 MG CAPSULE	3	
ZENZEDI 5 MG TABLET	1	QL
ZENZEDI 10 MG TABLET	1	QL
ZEPOSIA 0.92 MG CAPSULE	4	PA, QL, SRX, LDD
ZEPOSIA STARTER KIT (28-DAY)	4	PA, QL, SRX, LDD
ZEPOSIA STARTER PACK (7-DAY)	4	PA, QL, SRX, LDD

Nombre del medicamento	Nivel	Notas
ZETONNA 37 MCG NASAL SPRAY	3	ST
ZIDOVUDINE 100 MG CAPSULE	1	
ZIDOVUDINE 50 MG/5 ML SYRUP	1	
ZIDOVUDINE 300 MG TABLET	1	
ZILEUTON ER 600 MG TABLET	4	SRX
ZIPRASIDONE 20 MG CAPSULE	1	
ZIPRASIDONE 40 MG CAPSULE	1	
ZIPRASIDONE 60 MG CAPSULE	1	
ZIPRASIDONE 80 MG CAPSULE	1	
ZIRGAN 0.15% EYE GEL	3	
ZOLADEX 3.6 MG IMPLANT SYRINGE	4	PA, SRX
ZOLADEX 10.8 MG IMPLANT SYRINGE	4	PA, SRX
ZOLINZA 100 MG CAPSULE	4	PA, QL, LDD, SRX
ZOLMITRIPTAN 2.5 MG ODT TABLET	2	QL
ZOLMITRIPTAN 5 MG ODT TABLET	2	QL
ZOLMITRIPTAN 2.5 MG TABLET	2	QL
ZOLMITRIPTAN 5 MG TABLET	2	QL
ZOLPIDEM 5 MG TABLET	1	
ZOLPIDEM 10 MG TABLET	1	
ZOLPIDEM ER 6.25 MG TABLET	1	
ZOLPIDEM ER 12.5 MG TABLET	1	
ZONISAMIDE 25 MG CAPSULE	1	
ZONISAMIDE 50 MG CAPSULE	1	
ZONISAMIDE 100 MG CAPSULE	1	
ZOVIA 1-35 TABLET	1	
ZUMANDIMINE 3 MG-0.03 MG TABLET	1	
ZURZUVAE 20 MG CAPSULE	4	PA, QL, LDD, SRX
ZURZUVAE 25 MG CAPSULE	4	PA, QL, LDD, SRX
ZURZUVAE 30 MG CAPSULE	4	PA, QL, LDD, SRX
ZYDELIG 100 MG TABLET	4	PA, QL, LDD, SRX
ZYDELIG 150 MG TABLET	4	PA, QL, LDD, SRX
ZYKADIA 150 MG TABLET	4	PA, QL, SRX
ZYLET EYE DROPS	3	PA

Preguntas frecuentes

Comprender su cobertura de medicamentos con receta puede ser confuso. Estas son las respuestas a algunas preguntas frecuentes.

P. ¿Por qué hacen cambios en la Lista de medicamentos?

R. Revisamos y actualizamos regularmente la Lista de medicamentos de su plan para garantizar la cobertura de medicamentos seguros, clínicamente eficaces y de bajo costo. Hacemos cambios por varios motivos, como cuando surge algún medicamento nuevo, cuando algún medicamento deja de estar disponible o cuando cambia el precio de un medicamento. Estos cambios pueden incluir:

- Pasar un medicamento a un nivel de costos más bajo.
- Pasar un medicamento de marca a un nivel de costos más alto cuando haya un genérico disponible.
- Pasar un medicamento a un nivel de costos más alto y/o dejar de cubrir un medicamento.
- Agregar requisitos de cobertura adicionales para un medicamento.

Cuando hacemos un cambio que afecta la cobertura de un medicamento que está tomando, le avisamos antes de que el cambio entre en vigor. De esta manera, usted tiene tiempo de hablar con su médico sobre las opciones disponibles. Solo usted y su médico pueden decidir qué es lo mejor para su tratamiento.

P. ¿Por qué mi plan no cubre determinados medicamentos?

R. Para ayudar a reducir sus costos de cuidado de la salud totales, su plan no cubre determinados medicamentos de marca de alto costo que tienen alternativas de menor costo. Esto se debe a que estas opciones de menor costo actúan de una manera igual o similar al medicamento no cubierto. Si está tomando un medicamento que no está cubierto y su médico considera que un medicamento diferente no es adecuado para usted, su médico podrá pedirle a Cigna Healthcare que evalúe la posibilidad de aprobar ese medicamento a través del proceso de revisión de la cobertura.

También hay determinados medicamentos y productos que no pueden estar cubiertos por su plan por ningún motivo, porque se consideran una “exclusión del plan o del beneficio”. Esto significa que el medicamento o el producto no está en la Lista de medicamentos de su plan, y no existe la opción de pedirle a Cigna Healthcare que evalúe la posibilidad de aprobarlo a través del proceso de revisión de la cobertura. Por ejemplo, su plan no cubre, o “excluye”,

medicamentos que no estén aprobados por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) de los Estados Unidos.

P. ¿Cómo deciden qué medicamentos cubrir?

R. La Lista de medicamentos con receta es manejada por el Comité de Evaluación del Valor de los Planes de Salud (HVAC, por sus siglas en inglés) que, sujeto a la revisión y aprobación de la Lista de medicamentos con receta por parte del Comité de Farmacia y Terapéutica (P&T, por sus siglas en inglés), toma decisiones sobre la asignación de niveles de cobertura de los Medicamentos con receta o Suministros relacionados y/o aplica requisitos de administración de la utilización a determinados Medicamentos con receta o Suministros relacionados. Es posible que los niveles de cobertura de su Póliza/Acuerdo de servicios contengan Medicamentos con receta o Suministros relacionados que sean Medicamentos genéricos, Medicamentos de marca o Medicamentos de especialidad. La asignación de cualquier Medicamento con receta o Suministros relacionados a un nivel específico, y la aplicación de requisitos de administración de la utilización a un Medicamento con receta, dependen de varios factores clínicos y económicos. Los factores clínicos incluyen, a modo de ejemplo, las evaluaciones del lugar de terapia, la seguridad relativa o la eficacia relativa del Medicamento con receta o los Suministros relacionados por parte del Comité de P&T, y los factores económicos incluyen, a modo de ejemplo, el costo y/o los reembolsos disponibles para los Medicamentos con receta o los Suministros relacionados. Usted (o el Miembro de Su familia) y el Médico que le receta medicamentos determinarán si un Medicamento con receta o Suministro relacionado en particular son apropiados para Usted o cualquiera de los Miembros de Su familia, sin importar su elegibilidad para estar cubiertos por Su Póliza/Acuerdo de servicios.

P. ¿Por qué algunos medicamentos necesitan aprobación para que mi plan los cubra?

R. El proceso de revisión ayuda a garantizar que usted esté recibiendo cobertura para el medicamento correcto, al costo correcto, en la cantidad correcta y para la situación correcta.

P. ¿Cómo sé si estoy tomando un medicamento que necesita aprobación?

R. Inicie sesión en la **aplicación myCigna** o en **myCigna.com**, o consulte los materiales de su plan, para obtener más información sobre cómo cubre

Preguntas frecuentes (cont.)

su plan sus medicamentos. Si su medicamento tiene la abreviatura **PA** o **ST** al lado del nombre, necesita aprobación para que su plan lo cubra. Si tiene la abreviatura **QL** al lado del nombre, es posible que necesite aprobación según la cantidad que le estén despachando. Si tiene la abreviatura **AGE** al lado del nombre, es posible que necesite aprobación según el rango de edad cubierto para el medicamento.

P. ¿Qué tipos de medicamentos generalmente necesitan aprobación?

R. Medicamentos que:

- Pueden ser inseguros si se combinan con otros
- Tienen alternativas de menor costo y misma eficacia disponibles
- Solo deberían usarse para determinadas condiciones médicas
- Suelen usarse de manera indebida o abusiva

P. ¿Qué tipos de medicamentos generalmente tienen límites a la cantidad?

R. Medicamentos que:

- Suelen tomarse en cantidades mayores a lo que sería apropiado o por períodos más largos de lo que sería apropiado
- Suelen usarse de manera indebida o abusiva

P. ¿Qué tipos de medicamentos requieren tratamiento escalonado?

R. Medicamentos de alto costo que se usan para tratar muchas condiciones, tales como:

- | | |
|--|-------------------------|
| • Trastorno por déficit de atención (TDA)/ | • Presión arterial alta |
| Trastorno por déficit de atención con | • Colesterol alto |
| hiperactividad (TDAH) | • Salud mental |
| • Alergias | • Vejiga hiperactiva/ |
| • Asma/EPOC | problemas de vejiga |
| • Salud cardiovascular | • Control del dolor |
| • Diabetes | • Trastornos del sueño |
| • Pirosis/úlceras/acidez estomacal | |

P. ¿Por qué mi medicamento tiene un requisito de edad?

R. La FDA considera que algunos medicamentos solo son clínicamente apropiados para personas de determinada edad o dentro de un determinado rango de edad.

P. ¿Cómo obtengo la aprobación (autorización previa) para mi medicamento?

R. Pídale al personal del consultorio de su médico que se comunique con Cigna Healthcare para comenzar el proceso de revisión de la cobertura. Ellos saben cómo funciona el proceso de revisión y se ocuparán de todo por usted. Por si el personal del consultorio pregunta, pueden descargar un formulario de solicitud desde el portal para proveedores de Cigna Healthcare en **cignaforhcp.com**.

Cigna Healthcare revisará la información que nos envíe su médico para asegurarse de que usted cumpla con los requisitos de cobertura para obtener el medicamento. Les enviaremos una carta a usted y a su médico para comunicarles la decisión y los próximos pasos. Esto puede demorar hasta cinco (5) días hábiles. Puede comunicarse con el consultorio de su médico para averiguar si ya se tomó una decisión. También puede iniciar sesión en la **aplicación myCigna** o en **myCigna.com** para consultar el estado de su aprobación.

Si su medicamento no se aprueba, su médico puede enviarnos más información para que la revisemos, usando el mismo proceso que antes. Con gusto revisaremos la solicitud nuevamente. Según lo que su médico envíe esta vez, es posible que podamos aprobar la cobertura. De lo contrario, usted y su médico pueden apelar la decisión enviando una solicitud por escrito a Cigna Healthcare en la que se expliquen los motivos por los que debería cubrirse el medicamento.

P. ¿Qué pasa si trato de que me despachen un medicamento con receta que necesita aprobación pero no obtengo la aprobación de antemano?

R. Cuando su farmacéutico trate de despacharle la receta, verá que el medicamento necesita la aprobación previa de Cigna Healthcare. Como usted no obtuvo la aprobación de antemano, su plan no cubrirá el costo de su medicamento. Debería pedirle a su médico que se comunique con Cigna Healthcare para comenzar el proceso de revisión de la cobertura. También puede optar por pagarle directamente a la farmacia de su bolsillo el costo total del medicamento (que no podrá aplicarse a su deducible anual ni al desembolso máximo).

P. ¿Qué pasa si trato de que me despachen un medicamento con receta que tiene un límite de cantidad?

R. Su farmacéutico solo le despachará la cantidad que cubra su plan. Si usted quiere que le despachen

Preguntas frecuentes (cont.)

más de la cantidad permitida, el consultorio de su médico deberá comunicarse con Cigna Healthcare y pedirnos que aprobemos una cantidad mayor.

P. ¿Todos los medicamentos incluidos en esta Lista de medicamentos están aprobados por la FDA?

R. Sí.

P. ¿Mi plan cubre medicamentos aprobados recientemente por la FDA?

R. Nosotros revisamos todos los medicamentos y productos recientemente aprobados para determinar si deberían estar cubiertos y, en ese caso, con qué costo compartido (en qué nivel). Desde la fecha de aprobación de la FDA, la decisión puede demorar hasta seis meses. Esto incluye, a modo de ejemplo, medicamentos, suministros médicos y/o dispositivos cubiertos por los beneficios de farmacia estándares. Si su médico quiere usar un medicamento recientemente aprobado, puede pedirle a Cigna Healthcare que evalúe la posibilidad de aprobarlo a través del proceso de revisión de la cobertura.

P. ¿Qué medicamentos están cubiertos en virtud de la ley de reforma del cuidado de salud?

R. La Ley de Protección al Paciente y Cuidado de Salud a Bajo Precio (PPACA, por sus siglas en inglés), comúnmente denominada “reforma del cuidado de salud”, se sancionó el 23 de marzo de 2010. En virtud de esta ley, es posible que determinados medicamentos preventivos (incluidos algunos productos de venta libre) estén disponibles para usted sin que tenga que pagar una parte del costo (\$0), según su plan. Inicie sesión en la **aplicación myCigna** o en **myCigna.com**, o consulte los materiales de su plan, para obtener más información sobre cómo cubre su plan los medicamentos preventivos. También puede ver la Lista de medicamentos preventivos sin costos compartidos según la PPACA en **Cigna.com/PDL**. Para obtener más información sobre la reforma del cuidado de salud, visite **www.informedonreform.com** o **CignaHealthcare.com**.

P. ¿Qué son los medicamentos preventivos?

R. Los medicamentos preventivos se usan para prevenir el desarrollo de determinadas condiciones o para evitar que vuelvan. Estas condiciones incluyen, entre otras, asma, depresión, diabetes, ataque al corazón, presión arterial alta, colesterol alto, osteoporosis, carencia nutricional prenatal y derrame cerebral.

P. ¿Cómo puedo averiguar cuánto pagaré por un medicamento específico?

R. Cuando usted y su médico estén evaluando el

medicamento correcto para su tratamiento, saber cuánto cuesta, qué alternativas de menor costo están disponibles y qué farmacias ofrecen los mejores precios puede ayudarle a evitar sorpresas. Inicie sesión en la **aplicación myCigna** o en **myCigna.com** y use la herramienta *Price a Medication* (Conozca los precios de los medicamentos) para saber cuánto cuesta su medicamento antes de ir a la farmacia o incluso antes de irse del consultorio de su médico.²

P. ¿Qué es el costo compartido?

R. Es la cantidad que usted paga de su bolsillo por un medicamento con receta cubierto y/o un servicio de cuidado de la salud o un servicio relacionado elegible. Para algunos planes, el costo compartido es un copago; para otros planes, es un coseguro.

P. ¿Cómo puedo ahorrar dinero en mis medicamentos con receta?

R. Puede usar un medicamento que está cubierto en un nivel inferior y/o pedir que le despachen un suministro para 90 días. Debería consultar a su médico para averiguar si una de estas opciones puede ser adecuada para usted.

P. ¿Qué es un medicamento genérico?

R. Un medicamento genérico es igual que su versión de marca en cuanto a seguridad, eficacia, calidad, concentración y formulación, así como en la manera en que se toma y se usa.³

Los medicamentos de marca están protegidos por patentes. Las patentes impiden que otros fabricantes vendan versiones genéricas del medicamento de marca. Una vez que finaliza una patente, otras compañías pueden producir y vender una versión genérica del medicamento de marca. Los medicamentos genéricos suelen venderse con su nombre químico o científico, en lugar del nombre de marca patentado por el fabricante.

P. ¿Los genéricos actúan de la misma manera que los medicamentos de marca?

R. Sí. Los medicamentos genéricos actúan de la misma manera y tienen el mismo beneficio clínico que sus versiones de marca.

P. ¿Cuáles son las diferencias entre los medicamentos genéricos y los de marca?

R. Puede que los medicamentos tengan un aspecto diferente. Por ejemplo, los medicamentos genéricos pueden tener una forma, un tamaño o un color

Preguntas frecuentes (cont.)

diferente a sus versiones de marca. También es posible que difieran en su sabor, los conservantes que contienen, su envase y/o el etiquetado y su fecha de vencimiento. Los medicamentos genéricos pueden tener un aspecto distinto al de sus versiones de marca, pero son igual de seguros y eficaces.

Los genéricos suelen costar mucho menos que los medicamentos de marca, en algunos casos, hasta un 85% menos. El simple hecho de que los medicamentos genéricos cuesten menos no significa que sean de menor calidad.

P. Mi farmacia no está en la red de mi plan. ¿Me pueden seguir despachando medicamentos con receta allí?

R. Su plan no ofrece cobertura fuera de la red. Para que su medicamento esté cubierto, debe usar una farmacia de la red.

P. ¿Me pueden despachar mis recetas por correo?

R. Sí.⁴

Express Scripts® Pharmacy para medicamentos de mantenimiento

Express Scripts® Pharmacy es una opción conveniente cuando está tomando un medicamento en forma regular para tratar una condición médica permanente. Es sencilla y segura, y le permite ir menos veces a la farmacia.

- Es muy fácil pedir, administrar, hacer el seguimiento y pagar sus medicamentos en su teléfono o en Internet
- Envío estándar sin costo adicional⁵
- Recordatorios de renovaciones sin costo adicional⁶
- Suministro máximo para 90 días de una vez⁷
- Amables farmacéuticos las 24 horas, los 7 días de la semana

Estas son tres maneras sencillas de comenzar.

1. Inicie sesión en la **aplicación myCigna** o en **myCigna.com** para pasar su receta electrónicamente. Haga clic en la pestaña *Prescriptions* (Recetas) y seleccione *My Medications* (Mis medicamentos) del menú desplegable. Luego haga clic en el botón que está al lado del nombre de su medicamento para pasar su(s) receta(s). O
2. Llame al consultorio de su médico. Pida que

envíen una receta para 90 días (con renovaciones) electrónicamente al servicio de entrega a domicilio de Express Scripts. O

3. Llame a Express Scripts® Pharmacy al **800.835.3784**. Ellos se comunicarán con el consultorio de su médico para ayudarles a transferir su receta. Tenga preparada su tarjeta de ID de Cigna Healthcare, la información de contacto de su médico y los nombres de sus medicamentos cuando llame.

Accredo® para medicamentos de especialidad

Si está tomando un medicamento de especialidad para tratar una condición médica compleja, el equipo de enfermeras y farmacéuticos especialmente capacitados de Accredo puede ayudarle. Ellos le despacharán y le enviarán su medicamento de especialidad a su hogar (o al lugar que usted elija).⁸ También le proporcionarán la atención y el apoyo personalizados que necesite para controlar su tratamiento, sin costo adicional.

- Acceso las 24 horas, los 7 días de la semana a enfermeras y farmacéuticos especialmente capacitados
- Servicios de atención personalizada, lo que incluye capacitación sobre cómo administrar sus medicamentos
- Le ayudarán a encontrar maneras de pagar sus medicamentos
- Envío rápido sin costo adicional
- Renovaciones sencillas y recordatorios
- Lleve el control de sus medicamentos en línea y haga un seguimiento de sus pedidos

Para empezar a usar Accredo, llame al **877.826.7657**, de lunes a viernes, de 7:00 a.m. a 10:00 p.m., hora del Centro; y los sábados, de 7:00 a.m. a 4:00 p.m., hora del Centro. Para obtener más información sobre Accredo, visite **Cigna.com/specialty**.

P. ¿Dónde puedo obtener más información sobre mis beneficios de farmacia?

R. Puede usar las herramientas y recursos en línea que encontrará en la **aplicación myCigna** o en **myCigna.com** para comprender mejor su cobertura de farmacia. Puede averiguar cuánto cuestan sus medicamentos, ver qué medicamentos cubre su plan, buscar una farmacia de la red, hacerle una pregunta a un farmacéutico, ver sus reclamos de farmacia y los detalles de la cobertura, y mucho más. También puede administrar sus pedidos de Express Scripts® Pharmacy.

Exclusiones y limitaciones: Lo que esta Póliza no cubre

Servicios excluidos

Además de las otras exclusiones y limitaciones que se describen en esta Evidencia de cobertura (EOC, por sus siglas en inglés), no se brindan beneficios para lo siguiente:

- I. **Servicios obtenidos de un Proveedor no participante/Proveedor fuera de la red**, salvo para el tratamiento de una Condición médica de emergencia.
2. **Cantidades que superen las limitaciones de beneficios máximos de los Gastos cubiertos** especificados en esta EOC.
3. Servicios **no incluidos específicamente como Servicios cubiertos** en esta EOC.
4. Servicios o suministros que **no son Medicamente necesarios**.
5. Servicios o suministros que se considere que son para **Procedimientos experimentales, Procedimientos en investigación o Procedimientos no comprobados**. Las denegaciones que se basen en que los servicios o suministros son Experimentales o están En investigación se consideran Determinaciones adversas y están sujetas a las secciones sobre apelación de Determinaciones adversas y revisión independiente de esta EOC.
6. Servicios **que se reciban antes de la Fecha de entrada en vigor de la cobertura**.
7. Servicios **recibidos después de finalizada la cobertura en virtud de esta EOC**.
8. Servicios que Usted **no tiene la obligación legal de pagar** o por los cuales no se cobraría si Usted no tuviera un plan de salud o una cobertura de seguro.
9. Cualquier condición por la cual se recuperen o puedan recuperarse los beneficios, ya sea mediante una sentencia o laudo, un acuerdo o de otro modo, **en virtud de cualquier compensación del seguro de accidentes de trabajo, ley de responsabilidad del empleador o ley de enfermedades laborales**, incluso si el Miembro no reclama esos beneficios.
10. Condiciones causadas por: (a) un **acto bélico (como consecuencia de una guerra declarada o no declarada)**; (b) la **liberación involuntaria de energía nuclear** cuando haya fondos del gobierno disponibles para tratar las Enfermedades o Lesiones producidas por dicha liberación de energía nuclear; (c) la **participación de un Miembro en el servicio militar de cualquier país**; (d) la **participación de un Miembro en una insurrección, una rebelión o un motín**; (e) servicios recibidos como resultado directo de la comisión o el intento de comisión de un **delito grave** por parte de un Miembro (independientemente de que haya dado lugar a acciones legales o no) **o como resultado directo de que el Miembro participe en una actividad ilícita**; (f) el hecho de que un Miembro **se encuentre en estado de embriaguez** –según se defina en las leyes aplicables del estado en el cual tenga lugar la enfermedad– **o bajo el efecto de narcóticos ilícitos o sustancias controladas sin receta médica**, salvo en los casos en que sean administradas o recetadas por un Médico.
11. Cualquier **servicio proporcionado por una agencia gubernamental local, estatal o federal**, salvo cuando la ley federal o estatal exijan expresamente el pago en virtud de esta EOC.
12. **Servicios que deben ser brindados por un sistema o distrito escolar público, según lo exigido por la ley estatal o federal**.
13. Cualquier **servicio por el cual pueda obtenerse el pago de cualquier agencia gubernamental local, estatal o federal** (a excepción de Medicaid). Los Hospitales de la Administración de Veteranos y los Centros militares de tratamiento serán considerados para el pago de acuerdo con la legislación vigente.
14. **Si el Miembro está inscrito en las Partes A, B, C o D de Medicare**, Cigna Healthcare proporcionará el pago del reclamo de acuerdo con esta EOC menos cualquier cantidad pagada por Medicare. El pago realizado por Cigna Healthcare no podrá exceder la cantidad que habría pagado si hubiese sido la única aseguradora.
15. **Hospitalización o tratamiento ordenado por un juez**, a menos que tal tratamiento sea recetado por un Médico y se encuentre en la lista de conceptos cubiertos por esta EOC.
16. **Servicios profesionales o suministros recibidos o comprados directamente o en Su nombre por cualquier persona, incluido un Médico, a cualquiera de las siguientes personas:**
 - Usted o Su empleador;
 - una persona que viva en el hogar del Miembro o el empleador de dicha persona;
 - una persona que tenga un vínculo de sangre, por matrimonio o por adopción con el Miembro, o el empleador de dicha persona; o
 - un centro o profesional de cuidado de la salud que le proporcione una remuneración a Usted, directa o indirectamente, o a una organización de la cual Usted reciba, directa o indirectamente, una remuneración.
17. Servicios de la sala de emergencias de un Hospital **para cualquier condición que no sea una Condición médica de emergencia** según lo definido en esta EOC.

Exclusiones y limitaciones: Lo que esta Póliza no cubre (cont.)

18. **Cuidados de custodia, que incluyen, a modo de ejemplo: curas de reposo, cuidado diurno de bebés, niños o adultos, incluido el cuidado diurno geriátrico.**
19. **Servicios de enfermería privada**, salvo cuando se brinden como parte de los servicios de cuidado de la salud en el hogar, los servicios para pacientes internados o el beneficio de Servicios de atención para enfermos terminales de esta EOC.
20. **Cargos de cuarto y comida para pacientes internados en relación con una estadía en un Hospital, principalmente por un cambio de ambiente o Fisioterapia.**
21. Servicios recibidos durante **una estadía como paciente internado cuando la estadía esté relacionada principalmente con** la inadaptación social del comportamiento, la falta de disciplina u otras acciones antisociales que no sean específicamente el resultado de un Trastorno de salud mental.
22. **Servicios de medicina complementaria y alternativa, entre los que se incluyen:** terapia de masajes; terapia con animales, entre otras, a modo de ejemplo, equinoterapia o terapia con perros; arteterapia; meditación; visualización; acupuntura; acupresión; terapia de inyección en puntos de acupuntura; reflexología; *rolfing* (masaje de tejido conectivo); fototerapia; aromaterapia; musicoterapia o terapia del sonido; danzaterapia; terapia del sueño; hipnosis; balanceo de energía; ejercicios de respiración; terapia del movimiento y/o ejercicio, incluidos, a modo de ejemplo, yoga, pilates, taichi, caminata, senderismo, natación y golf; y cualquier otro tratamiento alternativo según lo definido por el National Center for Complementary and Alternative Medicine (NCCAM) de los Institutos Nacionales de Salud. Los servicios específicamente indicados como cubiertos en “Terapia de rehabilitación” y “Terapia de habilitación” no están sujetos a esta exclusión.
23. Los servicios o suministros **brindados por o en un hogar de ancianos, un asilo de convalecencia o cualquier centro** en el que una parte significativa de las actividades incluyan el descanso, la recreación, el tiempo libre o cualquier otro servicio que no sea un Servicio cubierto.
24. **Asistencia con las actividades cotidianas**, entre las que se incluyen, a modo de ejemplo, bañarse, comer, vestirse u otras actividades de Cuidados de custodia o de cuidado personal, servicios domésticos y servicios que sean principalmente para descanso, cuidado en el hogar o de convalecencia.
25. **Servicios brindados por profesionales sin licencia** o servicios cuya realización no requiere una licencia, como por ejemplo, meditación, ejercicios de respiración, visualización guiada.
26. **Cargos de cuarto y comida de pacientes internados en relación con una estadía en un Hospital, principalmente para pruebas de diagnóstico** que podrían haberse realizado en forma segura como paciente ambulatorio.
27. **Servicios que son autodirigidos** a un centro de diagnóstico independiente u Hospitalario.
28. **Servicios indicados por un Médico u otro Proveedor que sea empleado o representante de un centro de diagnóstico independiente u Hospitalario**, cuando ese Médico u otro Proveedor:
 - no ha participado activamente en Su atención médica antes de ordenar el servicio, o
 - no participa activamente en Su atención médica después de que se recibe el servicio.Esta exclusión no se aplica a las mamografías.
29. **Servicios dentales**, dentaduras postizas, puentes, coronas, fundas u otras Prótesis dentales, extracción de dientes o tratamiento de dientes o encías, salvo según lo dispuesto específicamente en esta EOC.
30. **Servicios de ortodoncia**, frenillos y otros aparatos ortodóncicos, incluidos los servicios de ortodoncia para la Disfunción de la articulación temporomandibular.
31. **Implantes dentales:** materiales dentales implantados dentro del hueso o tejido blando o sobre ellos, o cualquier procedimiento relacionado como parte del implante o la extracción de implantes dentales.
32. **Los servicios cubiertos por este plan médico y un plan dental pediátrico relacionado certificado por el Intercambio** y reembolsados en virtud del plan dental no se reembolsarán conforme a este plan.
33. **Pruebas de audición de rutina**, salvo según lo dispuesto en Cuidado preventivo.
34. **Exámenes genéticos** o exámenes genéticos de preimplantación: el diagnóstico genético general basado en la población es un método de prueba que se realiza cuando no hay ningún síntoma o ningún factor de riesgo significativo comprobado de enfermedades hereditarias de transmisión genética.
35. **Servicios de optometría**, ejercicios de los ojos, que incluyen ortóptica, anteojos, lentes de contacto, exámenes y refracciones de rutina de la vista, salvo según lo indicado específicamente en esta EOC en Cuidado de la vista pediátrico.
36. **Cirugía ocular únicamente con el propósito de corregir defectos de refracción** del ojo, como miopía, astigmatismo y/o presbicia.
37. **Cirugía, tratamiento** u otros servicios **estéticos**

Exclusiones y limitaciones: Lo que esta Póliza no cubre (cont.)

para embellecerse, mejorar o alterar la apariencia o la autoestima, o con el fin de tratar problemas psicológicos o psicosociales relacionados con la apariencia de una persona. Esta exclusión no se aplica a la Cirugía reconstructiva para restaurar una función del cuerpo o para corregir una malformación provocada por una Lesión o defecto congénito de un niño Recién nacido, ni a la Cirugía reconstructiva Médicamente necesaria para restaurar la simetría después de una mastectomía o tumorectomía.

38. Ayudas o dispositivos que ayudan en la comunicación no verbal, entre ellos, a modo de ejemplo, tableros de comunicación, dispositivos para hablar pregrabados, computadoras portátiles, computadoras de escritorio, asistentes digitales personales (PDA, por sus siglas en inglés), máquinas para escribir en braille, sistemas de alerta visual para sordos y libros para la memoria, salvo según lo dispuesto específicamente en esta EOC.

39. Asesoría o servicios auxiliares no médicos que incluyen, a modo de ejemplo, educación, capacitación, rehabilitación vocacional, entrenamiento del comportamiento, biorretroalimentación para cualquier diagnóstico (a excepción de un diagnóstico de Lesión cerebral adquirida), neurorretroalimentación para cualquier diagnóstico (a excepción de un diagnóstico de Lesión cerebral adquirida), asesoría laboral, capacitación para cuidar la espalda, servicios de retorno al trabajo, programas de reentrenamiento para el trabajo, seguridad vial, y servicios, capacitación, terapia educacional u otros servicios auxiliares no médicos para tratar los trastornos del aprendizaje y los retrasos en el desarrollo, **a menos que** esta EOC establezca lo contrario.

40. Servicios y procedimientos para cirugía para retirar piel sobrante, incluidos cirugía de la pared abdominal/paniclectomía, extirpación de papilomas cutáneos, terapia craneosacral/craneal, kinesiología aplicada, proloterapia y litotricia extracorpórea por ondas de choque (ESWL, por sus siglas en inglés) para condiciones musculoesqueléticas y ortopédicas, macromastia o ginecomastia, várices, rinoplastia, blefaroplastia y cirugías ortognáticas.

41. Procedimientos, cirugía o tratamientos para cambiar características del cuerpo por las del sexo opuesto, a menos que dichos servicios se consideren Médicamente necesarios o cumplan de otra forma con los requisitos de cobertura aplicables.

42. Cualquier tratamiento, Medicamento con receta, servicio o suministro para tratar la disfunción sexual, mejorar el rendimiento sexual o aumentar el deseo sexual.

43. Todos los servicios relacionados con el tratamiento de la fertilidad y/o la Infertilidad, que incluyen, a modo de ejemplo, todas las pruebas, consultas, exámenes, medicamentos y procedimientos invasivos, médicos, de laboratorio o quirúrgicos, entre los cuales se incluyen la reversión de la ligadura de trompas, la fertilización *in vitro*, la transferencia intratubárica de gametos (GIFT, por sus siglas en inglés) y la transferencia intratubárica de cigotos (ZIFT, por sus siglas en inglés), salvo según lo indicado específicamente en esta EOC.

44. La criopreservación de esperma u óvulos, o el almacenamiento de esperma para inseminación artificial (incluidos los pagos por servicios del donante), salvo según lo indicado específicamente en esta EOC.

45. Pagos relacionados con la obtención o donación de sangre o derivados hematológicos, excepto para la donación autóloga cuando se prevén con anticipación ciertos servicios programados, cuando a criterio del Médico de revisión de la utilización la probabilidad de la pérdida de sangre en exceso es tal que se espera que la cirugía traiga aparejada una transfusión.

46. Administración de sangre con el propósito de mejorar el estado físico general.

47. Calzado ortopédico (salvo cuando esté unido a Soportes), agregados al calzado y Dispositivos ortopédicos.

48. Mejoras eléctricas internas y externas, o controles eléctricos para Prótesis de extremidades y dispositivos protésicos terminales.

49. Estimuladores de los nervios periféricos mediante Prótesis mioeléctricas.

50. Las extremidades o los aparatos protésicos electrónicos, a menos que sean Médicamente necesarios cuando una alternativa de menor costo no es suficiente.

51. Aparatos ortopédicos prefabricados para pies.

52. Bandas ortopédicas craneales/aparatos ortopédicos craneales/otros dispositivos similares, excepto cuando se los emplea en el postoperatorio para plagiocefalia sinostótica.

53. Calzado ortopédico, agregados al calzado, procedimientos para calzado ortopédico, modificaciones al calzado y transferencias.

54. Aparatos ortopédicos empleados principalmente por cuestiones de estética en lugar de motivos funcionales.

55. Aparatos ortopédicos que no son para los pies, excepto únicamente los siguientes Aparatos

Exclusiones y limitaciones: Lo que esta Póliza no cubre (cont.)

ortopédicos que no son para pies que se cubren cuando son Médicamente necesarios:

- Aparatos ortopédicos fabricados a medida, rígidos y semirrígidos;
- Aparatos ortopédicos flexibles y prefabricados semirrígidos; y
- Aparatos ortopédicos prefabricados rígidos, lo que incluye la preparación, el ajuste y los agregados básicos, tales como barras y conexiones.

56. Servicios destinados principalmente a **bajar de peso o al tratamiento de la obesidad, incluida la obesidad patológica**, o cualquier cuidado que incluya la pérdida de peso como principal método de tratamiento. Esto incluye cualquier cirugía para la obesidad patológica, aunque el Miembro tenga otras condiciones médicas que pudieran beneficiarse con una reducción de la obesidad o la pérdida de peso, o cualquier programa, producto o tratamiento médico para bajar de peso, o cualquier gasto de cualquier tipo para tratar la obesidad, controlar el peso o bajar de peso.

57. **Exámenes físicos o pruebas de rutina** cuya finalidad no sea el tratamiento directo de una Enfermedad, Lesión o condición real. Incluyen informes, evaluaciones o una hospitalización no requeridos por motivos de salud; los exámenes físicos requeridos para un empleo o por un empleador, por una institución educativa o para actividades deportivas, o para un seguro o una autoridad gubernamental, y evaluaciones ordenadas por un juez, forenses o de custodia, a menos que en esta EOC se establezca específicamente lo contrario.

58. Terapia o tratamiento **destinado principalmente a mejorar o mantener la condición física general** o con el propósito de mejorar el desempeño laboral, escolar, atlético o recreativo, que incluye, a modo de ejemplo, el cuidado de rutina, a largo plazo o de mantenimiento que se proporciona luego de la solución de un problema médico agudo y cuando no se espera una mejora terapéutica significativa.

59. **Servicios educativos**, salvo los Programas de capacitación para el autocontrol de la diabetes, el tratamiento para el Autismo o según lo dispuesto o coordinado específicamente por Cigna Healthcare.

60. **Asesoría en materia de nutrición o suplementos alimenticios**, salvo según lo indicado en esta EOC.

61. **Equipos para realizar ejercicios, artículos para hacer la vida más cómoda y otros equipos y suministros médicos** no incluidos específicamente como Servicios cubiertos en la sección “Beneficios integrales: Cobertura de la EOC” de esta EOC. Los

equipos médicos excluidos incluyen, a modo de ejemplo: purificadores de aire, acondicionadores de aire, humidificadores; cintas para correr; equipos de spa; elevadores; suministros para comodidad, higiene o belleza; pelucas; fundas y suministros desechables; aparatos de corrección o de apoyo y suministros como medias, y suministros médicos de consumo que no sean materiales para estoma o catéteres urinarios, incluidos, a modo de ejemplo, vendajes y otros artículos médicos desechables, preparaciones cutáneas y tiras reactivas, a menos que esta EOC establezca lo contrario.

62. **Fisioterapia y/o Terapia/Medicina ocupacional**, salvo cuando se suministre durante una internación Hospitalaria o según lo dispuesto específicamente en el programa de beneficios y en “Servicios de terapia de rehabilitación (Fisioterapia, Terapia ocupacional y Terapia del habla)” en la sección de esta EOC titulada “Beneficios integrales: Cobertura de la EOC”.

63. **Los Cargos de los Proveedores en país extranjero**, salvo según lo indicado específicamente en “Proveedores en país extranjero” en la sección de esta EOC titulada “Beneficios integrales: Cobertura de la EOC”.

64. **Cuidado de rutina de los pies**, que incluye cortar o eliminar callos o durezas; cortar las uñas, cuidados higiénicos de rutina y cualquier servicio que se brinde sin que haya una Enfermedad localizada, una condición sistémica, una Lesión o síntomas que comprometan los pies, a menos que esta EOC establezca lo contrario.

65. **Cargos por los cuales no podemos determinar Nuestra responsabilidad** debido a que el Miembro no realizó lo siguiente dentro de un plazo de 60 días o tan pronto como fuera razonablemente posible: (a) autorizarnos a recibir todos los registros médicos y la información que solicitamos; o (b) suministrarnos la información que solicitamos con respecto a las circunstancias del reclamo u otra cobertura de seguro.

66. Cargos por los **servicios de un Médico de guardia**.

67. Cargos por **trasplantes de órganos de animales a humanos**.

68. **Reclamos recibidos por Cigna Healthcare después de transcurridos 15 meses desde la fecha en que se prestó el servicio**, salvo en caso de incapacidad legal.

69. Servicios obtenidos de un **Médico de cuidado primario virtual exclusivo** que no son servicios de Cuidado de urgencia virtual exclusivo o de Cuidado primario virtual exclusivo.

Cigna Healthcare se reserva el derecho de hacer cambios en esta Lista de medicamentos sin notificación. Consulte [Cigna.com/ifp-drug-list](https://www.cigna.com/ifp-drug-list) para ver una lista actualizada. Es posible que su plan cubra medicamentos adicionales; consulte su póliza/acuerdo de servicios para conocer más detalles. Cigna Healthcare no se responsabiliza por ninguna decisión relacionada con los medicamentos tomada por el médico o el farmacéutico.

Los planes de beneficios de salud varían, pero en general, para que un medicamento esté cubierto, debe tener la aprobación de la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) de los EE. UU. y debe ser recetado por un profesional de cuidado de la salud, comprado en una farmacia con licencia y medicamento necesario. Es posible que algunas características descritas en este documento no se apliquen a su plan de salud específico, y las características del plan pueden variar según el lugar y el tipo de plan. Consulte los documentos de su plan para conocer los costos y detalles completos de la cobertura de medicamentos con receta de su plan.



1. Se aplican los términos de la aplicación/tienda en línea y los cargos de las compañías de telefonía celular/uso de datos. Los clientes menores de 13 años no podrán registrarse en myCigna.com (así como tampoco sus padres o tutores).
2. Los precios que se muestran en myCigna no están garantizados, y la cobertura está sujeta a los términos y las condiciones de su plan. Visite myCigna para obtener más información.
3. Sitio web de la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) de los Estados Unidos, "Generic Drugs: Questions and Answers". Última actualización de la página: 16 de marzo de 2021. [fda.gov/drugs/questions-answers/generic-drugs-questions-answers](https://www.fda.gov/drugs/questions-answers/generic-drugs-questions-answers).
4. Cigna Healthcare tiene una participación en la titularidad de los servicios de entrega a domicilio de Express Scripts® Pharmacy y los servicios de farmacia de especialidad de Accredo. Sin embargo, usted tiene derecho a despachar sus recetas en cualquier farmacia de la red de su plan. No se le aplicará ninguna penalidad, sin importar dónde despache sus recetas.
5. Los costos de envío estándar están incluidos como parte de su plan de medicamentos con receta.
6. Puede suscribirse para recibir mensajes de correo electrónico y/o de texto de Express Scripts® Pharmacy. Para recibir mensajes de texto, tendrá que suscribirse al servicio de mensajes de texto de Express Scripts®. Puede hacerlo en línea o por teléfono. Una vez que se suscriba, simplemente responda a su mensaje de bienvenida para comenzar. Se aplican cargos de mensajes de texto estándares.
7. Algunos medicamentos no están disponibles en un suministro para 90 días y solo pueden envasarse en cantidades más reducidas. Por ejemplo, tres paquetes de anticonceptivos orales equivalen a un suministro para 84 días. Si bien no es un "suministro para 90 días", de todas maneras se considera una receta para 90 días.
8. Según lo permitido por ley. Para los medicamentos administrados por un proveedor de cuidado de la salud, Accredo enviará el medicamento directamente al consultorio de su médico.

La disponibilidad del producto puede variar según la ubicación y el tipo de plan, y está sujeta a cambios. Todas las pólizas de seguro de salud y los planes de beneficios de salud tienen exclusiones y limitaciones. Para conocer los costos y los detalles de la cobertura, revise los documentos de su plan o comuníquese con un representante de Cigna Healthcare.

Los productos y servicios de Cigna Healthcare se brindan exclusivamente por o a través de subsidiarias operativas de The Cigna Group, que incluyen a Cigna HealthCare of Texas, Inc.

La discriminación es ilegal

Cobertura médica

Cigna Healthcare cumple con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discrimina por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad, sexo, identidad de género u orientación sexual. Cigna Healthcare no excluye a las personas ni las trata de un modo diferente por su raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad, sexo, identidad de género u orientación sexual.

Cigna Healthcare:

- Brinda asistencia y servicios gratuitos para que las personas con discapacidades puedan comunicarse de manera eficaz con nosotros, por ejemplo:
 - intérpretes de lenguaje de señas calificadas;
 - información escrita en otros formatos (letra grande, audio, formatos electrónicos accesibles, otros formatos).
- Proporciona servicios de asistencia lingüística gratuita a personas cuyo idioma primario no es el inglés, como por ejemplo:
 - intérpretes calificadas;
 - información escrita en otros idiomas.

Si necesita estos servicios, comuníquese con Servicio al Cliente al número gratuito que aparece en su tarjeta de ID y pídala a un asociado de Servicio al Cliente que le ayude.



Todos los productos y servicios de Cigna Healthcare se brindan exclusivamente por o a través de subsidiarias operativas de The Cigna Group, que incluyen a Cigna Health and Life Insurance Company, Connecticut General Life Insurance Company, Evernorth Behavioral Health, Inc., Evernorth Care Solutions, Inc. y HMO subsidiarias o compañías de servicios subsidiarias de Cigna Health Corporation, incluidas Cigna HealthCare of Arizona, Inc., Cigna HealthCare of California, Inc., Cigna HealthCare of Colorado, Inc., Cigna HealthCare of Connecticut, Inc., Cigna HealthCare of Florida, Inc., Cigna HealthCare of Georgia, Inc., Cigna HealthCare of Illinois, Inc., Cigna HealthCare of Indiana, Inc., Cigna HealthCare of St. Louis, Inc., Cigna HealthCare of North Carolina, Inc., Cigna HealthCare of New Jersey, Inc., Cigna HealthCare of South Carolina, Inc., Cigna HealthCare of Tennessee, Inc. y Cigna HealthCare of Texas, Inc. **ATTENTION:** If you speak languages other than English, language assistance services, free of charge are available to you. For current Cigna customers, call the number on the back of your ID card. Otherwise, call 1.800.244.6224 (TTY: 800.771). **ATENCIÓN:** Si usted habla un idioma que no sea inglés, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Si es un cliente actual de Cigna, llame al número que figura en el reverso de su tarjeta de identificación. Si no lo es, llame al 1.800.244.6224 (los usuarios de TTY deben llamar al 711).

Si considera que Cigna Healthcare no ha proporcionado estos servicios o ha discriminado de otro modo por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo, puede presentar una queja escribiendo un mensaje de correo electrónico a ACAGrfevanos@Cigna.com o enviando una carta a la siguiente dirección:

Cigna Healthcare
Nondiscrimination Complaint Coordinator
P.O. Box 188016
Chattanooga, TN 37422

Si necesita asistencia para presentar una queja escrita, llame al número que aparece en la parte de atrás de su tarjeta ID o envíe un mensaje de correo electrónico a ACAGrfevanos@Cigna.com. También puede presentar una queja en materia de derechos civiles ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos, electrónicamente a través del Portal de Quejas de la Oficina de Derechos Civiles, disponible en <https://oasportal.hhs.gov/oas/portal/lobby.jaf>, o por correo postal o por teléfono a:

U.S. Department of Health and Human Services
200 Independence Avenue, SW
Room 509F, HHH Building
Washington, DC 20201
1.800.368.1019, 800.537.7687 (TDD)

Los formularios para presentar una queja están disponibles en <https://www.hhs.gov/dvlt-rights/filing-a-complaint/complaint-process/index.html>

Proficiency of Language Assistance Services

English – ATTENTION: Language assistance services, free of charge, are available to you. For current Cigna Healthcare customers, call the number on the back of your ID card. Otherwise, call 1.800.244.6224 (TTY: Dial 711).

Spanish – ATENCIÓN: Hay servicios de asistencia de idiomas, sin cargo, a su disposición. Si es un cliente actual de Cigna Healthcare, llame al número que figura en el reverso de su tarjeta de identificación. Si no lo es, llame al 1.800.244.6224 (los usuarios de TTY deben llamar al 711).

Chinese – 注意：我們可為您免費提供語言協助服務。對於 Cigna Healthcare 的現有客戶，請致電您的 ID 卡背面的號碼。其他客戶請致電 1.800.244.6224（聽障專線：請撥 711）。

Vietnamese – XIN LƯU Ý: Quý vị được cấp dịch vụ trợ giúp về ngôn ngữ miễn phí. Dành cho khách hàng hiện tại của Cigna Healthcare, vui lòng gọi số ở mặt sau thẻ Hội viên. Các trường hợp khác xin gọi số 1.800.244.6224 (TTY: Quay số 711).

Korean – 주의: 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. 현재 Cigna Healthcare 가입자님들께서는 ID 카드 뒷면에 있는 전화번호로 연락해주시고, 기타 다른 경우에는 1.800.244.6224 (TTY: 다이얼 711)번으로 전화해주시고.

Tagalog – PAUNAWA: Makakakuha ka ng mga serbisyo sa tulong sa wika nang libre. Para sa mga kasalukuyang customer ng Cigna Healthcare, tawagan ang numero sa likuran ng iyong ID card. O kaya, tumawag sa 1.800.244.6224 (TTY: I-dial ang 711).

Russian – ВНИМАНИЕ: вам могут предоставить бесплатные услуги перевода. Если вы уже участвуете в плане Cigna Healthcare, позвоните по номеру, указанному на обратной стороне вашей идентификационной карточки участника плана. Если вы не являетесь участником одного из наших планов, позвоните по номеру 1.800.244.6224 (TTY: 711).

Arabic – برجاء الانتباه خدمات الترجمة المجانية متاحة لكم. لعملاء Cigna Healthcare الحاليين برجاء الاتصال بالرقم المكون على ظهر بطاقتكم الشخصية. أو اتسب ب 1.800.244.6224 (TTY: اتسب ب 711).

French Creole – ATANSYON: Gen sèvis èd nan lang ki disponib gratis pou ou. Pou kliyan Cigna Healthcare yo, rele nimewo ki deyè kat ID ou. Sinon, rele nimewo 1.800.244.6224 (TTY: Rele 711).

French – ATTENTION: Des services d'aide linguistique vous sont proposés gratuitement. Si vous êtes un client actuel de Cigna Healthcare, veuillez appeler le numéro indiqué au verso de votre carte d'identité. Sinon, veuillez appeler le numéro 1.800.244.6224 (ATS : composez le numéro 711).

Portuguese – ATENÇÃO: Tem ao seu dispor serviços de assistência linguística, totalmente gratuitos. Para clientes Cigna Healthcare atuais, ligue para o número que se encontra no verso do seu cartão de identificação. Caso contrário, ligue para 1.800.244.6224 (Dispositivos TTY: marque 711).

Polish – UWAGA: w celu skorzystania z dostępnej, bezpłatnej pomocy językowej, obecni klienci firmy Cigna Healthcare mogą dzwonić pod numer podany na odwrocie karty identyfikacyjnej. Wszystkie inne osoby prosimy o skorzystanie z numeru 1 800 244 6224 (TTY: wybierz 711).

Japanese – 注意事項：日本語を話される場合、無料の言語支援サービスをご利用いただけます。現在の Cigna Healthcare のお客様は、ID カード裏面の電話番号まで、お電話にてご連絡ください。その他の方は、1.800.244.6224（TTY: 711）まで、お電話にてご連絡ください。

Italian – ATTENZIONE: Sono disponibili servizi di assistenza linguistica gratuiti. Per i clienti Cigna Healthcare attuali, chiamare il numero sul retro della tessera di identificazione. In caso contrario, chiamare il numero 1.800.244.6224 (utenti TTY: chiamare il numero 711).

German – ACHTUNG: Die Leistungen der Sprachunterstützung stehen Ihnen kostenlos zur Verfügung. Wenn Sie gegenwärtiger Cigna Healthcare-Kunde sind, rufen Sie bitte die Nummer auf der Rückseite Ihrer Krankenversicherungskarte an. Andernfalls rufen Sie 1.800.244.6224 an (TTY: Wählen Sie 711).

Persian (Farsi) – توجه: خدمات کمک زبانی، به صورت رایگان به شما ارائه می شود. برای مشتریان فعلی Cigna Healthcare، لطفاً با شماره ای که در پشت کارت شناسایی شماست تماس بگیرید. در غیر اینصورت با شماره 1.800.244.6224 تماس بگیرید (شماره تلفن ویژه ناشنویان: شماره 711 را شماره گیری کنید).